UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LITHIASE BILIAIRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

A PROPOS DE 29 CAS

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le

par

BENMANSOUR Abdelmadjid

Né le 4 Octobre 1941 à Lafayette (SÉTIF)

MEMBRES DU JURY :

M. M. A. MERIOUA Professeur de Pathologie Médicale ..... } Président

Mme A. BENALLÈGUE Professeur de Clinique Médicale - Infantile

M. B. MENTOURI Maître de Conférence Agrégé (Chirurgie) } Juges

M. B. HAMIDOU Maître de Conférence Agrégé (Electroradiologie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536513_0013

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LITHIASE BILIAIRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

A PROPOS DE 29 CAS

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le

par

BENMANSOUR Abdelmadjid

Né le 4 Octobre 1941 à Lafayette (SÉTIF)

MEMBRES DU JURY :

M. M. A. MERIOUA Professeur de Pathologie Médicale	Président
Mme A. BENALLÈGUE Professeur de Clinique Médicale - Infantile	Juges
M. B. MENTOURI Maître de Conférence Agrégé (Chirurgie)	Juges
M. B. HAMIDOU Maître de Conférence Agrégé (Electroradiologie)	Juges

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

-SERMENT D'HIPPOCRATE-

- o O o -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'HIPPOCRATE je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

*

* *

Je dédie ce travail :

A MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS,

Pour tous les sacrifices qu'ils ont consentis pour notre éducation.

Qu'ils trouvent ici, le témoignage de toute notre affection et de notre reconnaissance.

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MERIOUA

Il nous a guidé, de ses nombreux conseils, tout au long de nos études et nous a fait bénéficier de son expérience.

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

Nous le prions donc, de trouverici l'expression de notre sincère reconnaissance et notre déférence la plus respectueuse.

A NOS JUGES :

Madame le Professeur BENALLEGUE

Elle nous a enseigné les bases théoriques de la Pédiatrie, mais nous n'avons pas eu la chance de l'avoir comme maître au cours de nos stages hospitaliers.

Nous la remercions pour la spontanéité de la confiance qu'elle nous a accordée en acceptant de juger notre travail.

Nous lui demandons de trouver ici toute notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Agrégé MEN[illegible]

Il nous a toujours accueilli chaleureusement dans son service et, inlassablement, nous a encouragé dans notre travail.

Nous aimerions qu'il trouve ici, la sincère expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé S. HAMIDOU

Il nous a admis dans sa Faculté avec une estime à laquelle nous avons été très sensibles.

Il nous a toujours reçu en ami et nous avons hautement apprécié la rigueur de son esprit scientifique, dont nous nous sommes inspiré dans notre travail quotidien.

Qu'il veuille bien trouver ici, le témoignage de notre profonde estime.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre GAROBY,

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a facilité sa réalisation par ses judicieux conseils.

Il a bien voulu nous guider dans notre tâche comme il le fait habituellement pour les étudiants de la Faculté d'ORAN.

Qu'il veuille bien recevoir ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé GOSTOF,

Il nous dirige chaque jour avec bienveillance dans notre tâche.

Nous lui exprimons ici, toute notre sympathie, et nous lui demandons d'accepter nos vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur KANDIL,

En remerciement de l'aide qu'il nous a apportée.

A NOS MAITRES.

A TOUS LES MEDECINS DU C.H.U.ORAN

A TOUT LE PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER

ET UNIVERSITAIRE D'ORAN, ET PLUS PARTICULIEREMENT

AU PERSONNEL DU SERVICE MARFAN.

INTRODUCTION

-==========-

Définie comme la formation de calculs dans les voies excrétrices du foie, la lithiase biliaire, affection fréquente chez l'adulte, est habituellement considérée comme rare chez l'enfant et l'adolescent.

Etant donné ce caractère de fréquence moindre, il nous a semblé intéressant de consacrer notre travail à 29 cas de lithiase biliaire observés chez l'enfant et l'adolescent, en 6 ans, (1963-1969), au Centre Hospitalier et Universitair d'ORAN essentiellement.

En accomplissant cette étude, notre but a surtout été d'attirer l'attention sur :

- les problèmes étiopathogéniques de cette affection,
- les difficultés posées par son diagnostic chez l'enfant,
- la fréquence des complications, celles-ci s'expliquant par le retard du diagnostic souvent posé à un stade évolutif avancé.

Nos 29 cas sont répartis de la manière suivante :

- 27 cas provenant du Centre Hospitalier et Universitaire d'ORAN
- 2 cas provenant du Centre Hospitalier Universitaire d'ALGER,

Et selon l'âge :

- 4 chez l'enfant de moins de 15 ans,
- 25 chez l'adolescent.

Pour accomplir ce travail, nous nous sommes proposés d'adopter le plan suivant : - Une première partie consacrée à l'étude de données classiques surtout Etiopathogénie et Anatomipathologique sans faire d'étude clinique, puisqu'il n'est pas connue de forme classique de la lithiase biliaire chez l'enfant et l'adolescent.

.../...

- Une deuxième partie concernant notre travail personnel avec :

1. Notre matériel d'étude,
2. L'étude détaillée de nos observations cliniques,
3. Une synthèse des résultats tirés de ces observations, du point de vue clinique et thérapeutique,
4. Une étude comparative par référence aux données de la littérature.

Enfin, les conclusions générales auxquelles nous avons permis d'aboutir notre travail.

*

* *

- PREMIERE PARTIE -

LES DONNEES CLASSIQUES

- o O o O o -

/ETUDE ETIOPATHOGENIQUE DE LA LITHIASE BILIAIRE

- o O o O o O o O o -

Notre Etiopathogénie comprendra :

- Des données générales de fréquence,
- Des données expérimentales
- Quelques considérations physiopathologiques.

I- LA FREQUENCE

Parler de la lithiase biliaire chez l'enfant et l'adolescent, c'est habituellement souligner sa rareté. En effet, rares sont les publications qui rapportent un nombre élevé d'observations.

Nous citerons en particulier celles de :

- Gibbson : 600 cas
- Potter en 1958 : 432 cas
- Ulin en 1952 : 475 cas
- Levrat en 1963 : 101 cas
- Soderlund et Zetterstron en 1962 : 59 cas.

Cependant la limite supérieure de l'âge des sujets est differente selon les publications. Nous avons choisi quant à nous pour limite supérieure d'âge 21 ans, âge de la majorité légale, car il semble correspondre le mieux à la fin de l'adolescence.

Chauffard prenant comme critère clinique la date de la première crise relève 8 cas de lithiase avant 20 ans sur 161 cas avant 25 ans,

- Harley : 10 cas avant 20 ans sur 1000 lithiases biliaires,
- Colcock et Mac Manus : 6% avant 31 ans sur 1104 cas de lithiase biliaire,
- Grube : 1% au dessous de 21 ans.

On voit donc la rareté relative de cette affection avant 20 ans.

La lithiase biliaire semble encore bien moins fréquente si l'on considère les tranches d'âge situées au dessous de 15 ans.

Nous ne rappellerons pas le nombre élevé de publications à propos de un ou plusieurs cas de lithiase biliaire au dessous de 15 ans ;

La prédominance chez la fille est habituellement reconnue, de l'ordre de 80%. Seuls, Ulin et Sorge la trouvent plus fréquente chez le garçon. La géopathologie de la lithiase biliaire n'a pas fait l'objet d'une étude particulière chez l'enfant et l'adolescent ; les habitudes diététiques semblent cependant jouer un rôle que nous reverrons au cours de l'étude des facteurs pathogéniques.

.../...

II- DONNEES EXPERIMENTALES RELATIVES A LA LITHIASE BILIAIRE

Malgré les données récentes de physiopathologie de la lithiase biliaire chez l'homme, la pathogénie a toujours été et reste encore obscure.

1. Expérimentation chez l'animal :

L'expérimentation chez l'animal a démontré la possibilité de provoquer une lithiase biliaire par divers mécanismes

- Obstruction plus ou moins complète des voies biliaire
- Irritation chimique ou mécanique de la voie biliaire:
- Et surtout administration de régimes lithogénes hypercaloriques : DAM et Collaborateurs, Shoenfielf et Sjovall démontrent ainsi le rôle joué dans la calcogénèse par les habitudes diététiques.

2. Chez l'homme :

SARLES, HAUTON et GEROLAMI dans une étude récente insistent essentiellement sur certains facteurs favorisants la lithogénese chez l'homme.

- Instabilité colloïdale des différents constituants de la bile (lécithine, cholestérol, sels biliaires).
- Variations de concentration de chacun de ces trois constituants de la bile, plus simplesstatistiquement chez les sujets lithiasiques que chez les sujets normaux. Ces variations placeraient "successivement la bile dans les conditions favorables et défavorables à la lithogénèse".
- La vésicule semble indispensable à la formation de calculs dans la "lithiase expérimentale".
- Dans une voie biliaire normale, on n'a jamais démontré la possibilité de formation de calculs chez l'homme ou chez l'animal. - Instabilité colloïdale de la bile, variations de concentration des principaux constituants de la bile, peuvent être considérés comme faisant partie du métabolisme biliaire. Les troubles de ce métabolisme peuvent contribuer à la lithogénèse.

.../...

III- LES DONNEES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Du point de vue de la Physiopathologie, nous distinguerons avec MOUCHET et Collaborateurs trois grands groupes de lithiase:

- La lithiase d'organisme dans laquelle on peut ranger les troubles du métabolisme biliaire.
- La lithiase d'organe.
- L'infection.

Nous allons considérer successivement ces trois groupes.

A. La lithiase d'organisme :

La lithiase d'organisme est dominée chez l'enfant par l'anémie hémolytique.

Les pigments biliaires libérés par la lyse d'hématies fragiles et éliminés par la bile en trop grande quantité précipitent.

La fréquence de la lithiase dans les anémies hémolytiques varierait de 5 à 50% selon les auteurs et même de 5 à 70% si l'on tien compte des formes inapparentes. Cliniquement "la lithiase pourrait révéler l'anémie lors que la rate n'est pas palpable" et il faudrait rechercher la lithiase devant toute anémie hémolytique.

Quoiqu'il en soit, cette libération massive de pigments biliaires semble devoir être rangée dans le cadre des troubles de métabolisme biliaire.

- Le mécanisme de formation des calculs par les agglutinines irrégulières (expérience de Sterling chez le chien) fait également partie de la lithiase d'organisme.

B. La lithiase d'organe :

La lithiase d'organe relève d'une cause locale dont il est important de préciser le siège pour des raisons d'ordre chirurgical. Elle comprend : d'une part les obstacles congénitaux, d'autre part les obstacles acquis, obstacles que nous étudierons successivement et auxquels nous ajouterons le facteur infectieux.

1. Les obstacles congénitaux :

Décrits chez l'adulte par FLANNERY et Collaborateurs, les obstacles congénitaux prennent aussi une place importante dans la pathogénie de la lithiase biliaire chez l'enfant et chez l'adolescent.

/

En effet FORSHALL et RICKAM insistent bien sur la necessité de rechercher une telle anomalie de la voie biliaire. "Seule une dissection soigneuse, des coupes en série permettent de la mettre en évidence". Dans trois de leur 6 cas ces auteurs retrouvent une sténose du canal cystique. "Les seuls 3 cas où elle ait été recherchée avec minutie".

Dans l'observation n°1 de MOUCHET, on peut relever l'existence d'un diaphragme muqueux et de brides intracystiques avec dilatation sus-jacente.

- Dans les observations de ABOULOLA, 4 fois sur 6, le cystique est lésé, sa lumière est réduite par une valvule hypertrophique.

Ces obstacles congénitaux peuvent être divisés en anomalies régionales et anomalies locales.

a) Dans le cadre des anomalies régionales on peut placer :

* Le cavernome portal avec hypertension portale
* Les atrésies généralisées de l'arbre biliaire

b) Dans le cadre des anomalies locales on peut classer :

* Les atrésies localisées de la voie biliaire extrahépatique
* Les anomalies mineures plus localisées divisées en plusieurs groupes. Nous résumerons parmi ces dernières, les principales : Elles comprennent d'une part, les anomalies congénitales de la vésicule, d'autre part, les anomalies du canal cystique, enfin, les anomalies de voisinage.

Parmi les anomalies congénitales de la vésicule biliaire, on peut citer les modifications de forme :

- coudure en hameçon
- vésicule en bonnet phrygien
- dolicocholécyste

Parmi les anomalies du canal cystique on peut retrouver :

- les atrésies localisées
- les sténoses
- la dystrophie ou hypertrophie fibreuse de la valvule de Heïster,
- les anomalies d'abouchement du canal cystique au canal cholédoque.

.../...

Enfin, les anomalies de voisinage sont essentiellement représentées par les brides extracystiques.

2. Les obstacles acquis :

Les obstacles acquis peuvent être divisés en deux grands groupes :

- Obstacles organiques
- Obstacles fonctionnels

a) Les obstacles organiques :

Ils comprennent :

* Les cystites et les cervicocystites,
* Les oddites,
* Les pancréatites,

l'on voit déjà l'importance du facteur infectieux local que nous étudierons plus loin ;

* Les compressions extrinsèques ; par des adénopathies de cause locale ou régionale, par une tumeur.

b) Les obstacles fonctionnels :

Les obstacles fonctionnels ou dyskinésies biliaires peuvent relever de deux mécanismes :

* Atonie vésiculaire,
* Hypertonie du canal cystique (BARCAT, BOISSIERES et Collaborateurs).

C. Le facteur infectieux :

Souligné à maintes reprises depuis longtemps (NAUNYN et GILBERT) et bien avant eux par MECKEL et GALIPPE, le rôle de l'infection dans le déterminisme de la lithiase biliaire n'est pas actuellement abandonné.

On peut distinguer les infections générales (septicémie d'origine bactérienne) avec cholécystites, les infections purement locales (cholécystites, oddites, cervicocystites).

Pour terminer cette étude Physiopathologique, un fait est à souligner : qu'il s'agisse de la lithiase d'organe ou de la lithiase d'organisme, le mécanisme intervenant dans la formation des calculs, semble être la stase.

.../...

EN CONCLUSION,

La pathogénie de la lithiase n'a pas été élucidée, mais trois facteurs la dominent :

- les troubles du métabolisme biliaire en général,
- les obstacles acquis ou congénitaux,
- le facteur infectieux,

Ces facteurs sont le plus souvent intriqués et agissent essentiellement par le même mécanisme : la stase.

En effet, "l'obstacle crée la stase, la stase favorise la lithiase" (MOUCHET et Collaborateurs).

*

* *

//-) ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LITHIASE BILIAIRE.

- o O o O o O o O o O o -

Nous décrirons dans ce chapitre :

- I - Les calculs Biliaires
-II- Les lésions des voies biliaires
-III- Les lésions des organes de voisinage.

I- LES CALCULS BILIAIRES

Uniques ou multiples, de siège variable au niveau des voies biliaires, les calculs ont une morphologie différente selon leur composition chimique ; 3 sortes de calculs peuvent être ainsi décrits :

1. Les calculs cholestéroliques
2. Les calculs pigmentaires
3. Les calculs mixtes.

Nous ferons suivre cette étude par le nombre et le siège des calculs.

1. Les calculs cholestéroliques :

Arrondis, ovoïdes ou à facettes, de coloration blanc jaunâtre ils présentent une surface lisse. De nombre et de volume variables, ils sont facilement friables.

La section du calcul cholestérolique permet de distinguer une zone centrale sombre, brunâtre ou verdâtre, le noyau, et une zone périphérique claire.

L'étude de la composition chimique met en évidence 98% de cholestérol, des traces de calcium et de protéines.

2. Les calculs pigmentaires :

Ils sont habituellement irréguliers ; leur surface est anguleuse et hérissée parfois de rameaux coralliformes. Leur coloration est brun vert ou noir brillant.

A la section, on peut remarquer la parfaite homogénéité du calcul ;

L'analyse chimique montre la forte proportion de bilirubinate de chaux et une grande quantité de cuivre et de nucléoprotéines.

Le cholestérol et les sels biliaires ne représentent qu'un faible pourcentage de la composition chimique.

3. Les calculs mixtes cholestérinopigmentaires :

Ils sont les plus fréquents. Leur forme est fréquemment géométrique, prismatique, cubique ou pyramidale ; Ils présentent des facettes qui se juxtaposent les unes aux autres.

Leur coloration peut être grise, jaune ou verdâtre.

.../...

A la coupe, on peut mettre en évidence une coque faite de bilirubinate de calcium, entourant des couches concentriques de cholestérol La zone centrale est occupée par un noyau mou plus sombre, de couleur brunâtre, parfois remplacé par une cavité.

La composition chimique de ces calculs montre la prépondérance du cholestérol qui représente 94% du calcul, alors que le calcium ne représente que 2% et les pigments biliaires, 3%.

A côté de ces trois types de calculs, nous ne ferons que mentionner les calculs de carbonate de chaux et la bile calcique, en raison de leur rareté.

Un caractère important différencie ces divers types de calculs: leur composition chimique conditionne leur opacité aux rayons X ; Ainsi, les calculs mixtes, les calculs au carbonate de chaux sont radioopaques, alors que les calculs de cholestérine ne sont habituellement pas décelables par les rayons X.

- Nombre des calculs :

Les calculs multiples sont en général petits et ont tendance à migrer dans la voie biliaire principale.

Le calcul solitaire, de taille variable, est moins fréquemment rencontré.

Tous les intermédiaires sont possibles, entre la boue biliaire et le gros calcul solitaire. (bile épaisse, sables, concrétions...).

- Siège des calculs :

Le siège de prédilection de calculs est la vésicule biliaire, mais 6 à 7 fois sur 100 des calculs de la voie biliaire principale s'y associent.

Quoiqu'il en soit, les calculs peuvent se rencontrer à tous les niveaux de la voie biliaire, et l'arbre biliaire intra-hépatique n'en est pas exempt.

.../...

II - LES LESIONS DES VOIES BILIAIRES

Elles comportent à étudier :

- Les lésions de la vésicule biliaire,
- Les lésions du canal cystique,
- Les lésions du canal cholédoque,
- Les lésions du Sphincter d'Oddi,
- La lithiase intramurale.

1. La vésicule biliaire :

Elle est parfois normale (lithiase pigmentaire), parfois amincie par distension mécanique. Elle peut être le siège de microabcès, de gangrène, voire même de perforation.

L'hémocholécyste n'est qu'une rare éventualité.

2. Le canal cystique :

L'état du canal cystique est variable, il peut être sain ou enflammé. Sa lumière peut être obstruée par un obstacle congénital ou acquis.

3. Le canal cholédoque :

Le canal cholédoque peut être le siège d'une infection locale. Son exploration par la radiomanométrie peropératoire devrait être systématique pour rechercher l'existence d'un obstacle et vérifier sa perméabilité. Il faut particulièrement se méfier lorsque la voie principale est dilatée, à fortiori si un ictère actuel ou antérieur est noté.

4. Le sphincter d'Oddi :

Les lésions du sphincter d'Oddi sont essentiellement histologique ; son atteinte consiste en effet en une sclérose rétractile.

5. La lithiase intramurale :

Quelque soit son siège, la lithiase intramurale n'est pas rare, de diagnostic clinique difficile. Elle donne au palper la sensation de grains de plomb. Les calculs siègent toujours à l'interieur des diverticules de Lushka.

.../...

III- LES LESIONS DES ORGANES DE VOISINAGE

Il s'agit essentiellement des lésions du pylore, du duodénum, du foie, et du pancréas.

1. Le retentissement sur le pylore et le duodénum :

Des sténoses partielles ou complètes, provoquées par une réaction inflammatoire de péricholécystite, peuvent s'observer. On peut également voir une simple gastroduodénite de voisinage.

2. Le retentissement hépatique :

Le foie peut être le siège d'une infection d'intensité très variable allant du simple épaississement de la capsule de Glisson aux hépatites subaiguës ou chroniques.

Mais l'expression majeure des lésions secondaires du foie est représentée par la cirrhose biliaire cholostatique ascendante;

Une hypertension portale par bloc intrahépatique peut se développer à la suite de cette complication.

Enfin, des suppurations intrahépatiques à type d'abcès biliaires peuvent compliquer des angiocholites.

3. Les lésions du pancréas :

L'association fréquente de l'atteinte pancréatique aux lithiases biliaires explique la nécessité de lui reserver une place dans les lésions des organes du voisinage :

Tantôt, il s'agit d'une pancréatite aseptique oedémateuse ou hémorragique, tantôt, assez plus rarement, il s'agit des pancréatites suppurés.

Les pancréatites chroniques ou subaiguës sont assez fréquentes et compliquent souvent la lithiase de la voie biliaire principale.

EN CONCLUSION,

L'étude anatomopathologique et chimique nous renseigne essentiellement sur deux aspects de la lithiase biliaire :

.../...

- l'aspect diagnostique :

La variété de composition chimique des calculs explique la radiotransparence de certains d'entre eux, d'où la difficulté de les mettre en évidence par la radiologie.

- l'aspect évolutif :

De nombreuses et redoutables complications tant locales que régionales, sont susceptibles d'émailler le cours de cette affection.

*

* *

- D E U X I E M E P A R T I E -

-=========-

- MATERIEL D'ETUDE

- ETUDE DETAILLEE DE NOS OBSERVATIONS CLINIQUES

- ETUDE SYNTHETIQUE ET THERAPEUTIQUE DES OBSERVATIONS

- ETUDE COMPARATIVE DES OBSERVATIONS CLINIQUES
  PAR REFERENCE AUX DONNEES DE LITTERATURE.

- MATERIEL D'ETUDE ET PLAN DES OBSERVATIONS -

- o O o O o O o O o -

Notre matériel d'étude repose sur 4 Observations cliniques de sujets de moins de 15 ans, 23 Observations d'adolescents recueillies au Centre Hospitalier et Universitaire d'ORAN et 2 Observations également d'adolescents relevées à la Clinique Chirurgicale du Centre Hospitalier et Universitaire d'ALGER.

Ces observations sont classées en lithiases simples, atteinte de la voie biliaire principale cholédystites lithiasiques et enfin hydrocholécystes.

Cette étude détaillée sera suivie de tableaux récapitulatifs relatifs à :

- l'Etiopathogénie
- l'Anatomopathologie
- Aspects Anatomocliniques et Evolutifs

Notre expérience étant le reflet d'un service de gastroentérologie et de chirurgie, nous n'avons pas observé de lithiases pigmentaires qui sont l'apanage des services des maladies du sang.

De plus, les conditions de notre travail ne nous ont pas permis de faire une étude complète de la lithiase : biochimie des calculs et anatomopathologie.

Notre ambition s'est limitée à attirer l'attention sur les aspects cliniques de la maladie.

*

* *

ETUDE DETAILLEE DE NOS OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION N°1 : S. Fatima n°34/67, âgée de 4 ans.

- Hospitalisée le 9/5/67 pour diarrhées, vomissements, urines foncées, décoloration des matières ; ictère des téguments et des muqueuses.

L'interrogatoire des parents montre que le début de la maladie remonte à 1 an par des crises douloureuses abdominales que l'enfant ne peut préciser en raison de son jeune âge ; ces douleurs sont suivies de fièvre et d'ictère ;

A l'examen on note un ictère ;

La palpation abdominale dénote un maximum douloureux dans la région vésiculaire ; néanmoins, le foie ne semble pas augmenté de volume.

L'étude des examens de laboratoire montre une formule sanguine à 5600 Blancs avec 60% de polynucléaires neutrophiles. Les tests hépatiques sont perturbés, en particulier les tests de floculation ; la bilirubinémie directe est discrètement élevée. : 30 mg par litre.

L'ictère persiste 13 jours puis régresse.

La cholangiographie pratiquée le 12/5/67 révèle l'existence de calculs dans une vésicule augmentée de volume et coudée au niveau de son infundibulum.

La voie biliaire principale semble libre et de calibre normal.

L'intervention a lieu le 30/5/67 - elle met en évidence :

- une vésicule longue, grosse, adhérente qui comprime la voie biliaire principale ;
- un canal cystique spiralé impossible à cathétériser ; la voie biliaire principale contrôlée manuellement et instrumentalement semble normale.
- les suites opératoires sont bonnes.

.../...

OBSERVATION N°2 : B.Z. Fatiha n°B64/67, âgée de 13 ans.

- Malade hospitalisée en urgence pour un syndrome douloureux et fébrile de l'hypocondre droit ;

Cette malade présente depuis le matin des vomissements, des douleurs abdominales intenses sans arrêt des matières et des gaz.

L'état général est altéré, la température à 38°7.

Le palper de l'abdomen localise les douleurs dans la région vésiculaire et met en évidence des irradiations postérieures. La manoeuvre de Murphy est positive.

On ne note pas de grosse vésicule, le foie semble de volume normal. Une formule sanguine demandée en urgence est à 11000 leucocytes/mm3 avec 75% Polynucléaires neutrophiles.

Intervention le 3/4/67 en urgence :

- On pratique l'ablation d'un appendice normal ; c'est alors que l'on pense à explorer la vésicule qui est enflammée et contient des petits calculs.

On pratique une cholécystectomie et l'on explore la voie biliaire principale q i est libre.

Conclusion : Chez cette malade, le diagnostic égaré par une symptomatologie pseudoappendiculaire a été redressé grâce à l'exploration peropératoire : cholécystite à manifestation atypique.

OBSERVATION N°3 : N. Lamouaria n°N28/66. âgée de 14 ans.

Malade hospitalisée pour ictère avec douleurs abdominales et vomissements importants.

L'interrogatoire : révèle des épisodes douloureux abdominaux à irradiations dorsales et vers l'épaule gauche depuis 4 ans, par poussées de 2 à 3 espacées par des périodes de 6 mois. Ces douleurs sont à type de crampes soulagées par la position assise ; elles s'accompagnent de fièvre ; avant l'hospitalisation aucun épisode d'ictère n'est retrouvé ; des troubles digestifs accompagnent fréquemment les repas riches en graisses.

.../...

La température est à 37°4.
La palpation de l'abdomen est douloureuse dans son ensemble mais la prédominance de la douleur se situe nettement dans la partie droite de l'étage sus-ombilical.

Parmi les examens de laboratoire, on note une formule sanguine à 12 000 Blancs par mm3 avec 80% de polynucléaires neutrophiles.
Les tests hépatiques sont perturbés (test de floculation) ; le taux de prothrombine est à 76%.
Toutes les amylasémies des premiers jours sont augmentées et varient de 2 à 4000 U.S.

Un transit gastroduodénal est demandé en raison de la fréquence des vomissements et de l'intensité des douleurs.

Il montre une gastroduodénite et un rabotage du bord interne du 2e duodénum.

La cholangiographie révèle une dilatation de la partie haute de la voie biliaire principale et un retrécissement du bas cholédoque ; la vésicule n'est pas opacifiée.

Devant un tel syndrome un traitement antienzymes est administré durant 8 jours avant l'intervention.

L'intervention est pratiquée le 24/1/67 :

Elle découvre une cholécystite lithiasique. On pratique une cholécystectomie. Le canal cholédoque est dilaté au dessus d'un gros noyau de pancréatite scléreuse.

La radiomanométrie peropératoire révèle un obstacle bas situé: aspect en queue de radis et reflux wirsungien.
On pratique une sphinctérotomie avec sphincteroplastie.
Fermeture sur drain de Kehr.

Le traitement antienzymes est maintenu jusqu'à retour à la normale de l'amylasémie qui survient quinze jours plus tard.

Conclusion : Pancréatite chronique scléreuse avec oddite, compliquant une cholécystite lithiasique évoluant depuis 4 ans, traitée par des antienzymes ; les suites opératoires sont bonnes.

.../...

OBSERVATION N°4 : B.M. Fatma n°B4/63 - Mle 969, âgée de 14 ans.

- Malade hospitalisée en urgence pour syndrome appendiculaire.

L'examen abdominal montre des douleurs du flanc droit avec une défense de la fosse iliaque droite.

La température est à 37°9.

L'intervention pratiquée en urgence le 13/1/64 montre un appendice sain dont on pratique l'ablation.

L'exploration de l'état des voies biliaires montre une vésicule distendue dont on retire par ponction un liquide clair. En raison de l'âge de la malade, le chirurgien décide de ne pas pratiquer la cholécystectomie mais préconise un traitement médical dont la nature n'est pas précisée.

Conclusion :

Hydrocholécyste de symptomatologie atypique ponctionné puis traité médicalement.

Dans ce cas l'état des voies biliaires aurait dû être vérifié par la radiomanométrie peropératoire puisque l'on pouvait envisager l'hypothèse de l'enclavement d'un calcul dans le canal cystique.

Cette attitude abstentionniste est d'autant plus critiquable que nous perdons souvent de vue des malades appelés à être réexaminés, ce qui est le cas chez cette patiente.

OBSERVATION N°5 : A. Khedidja n°A17/63, âgée de 17 ans.

Malade hospitalisée dans le service le 24/9/63 pour douleurs de l'hypocondre droit sans irradiations accompagnées de vomissements.

L'interrogatoire révèle l'existence de plusieurs crises dont le début remonte à moins d'1 an. On ne retrouve pas d'ictère dans les antécédents.

La température est à 37°5, l'état général n'est pas altéré.

L'examen abdominal montre l'existence de douleurs prédominant au niveau de l'hypocondre droit. Il n'y a ni grosse rate, ni gros foie, la vésicule n'est pas palpable.

.../...

Des examens complémentaires sont demandés :

La formule sanguine est à 6100 Blancs par mm3 avec 70% de polynucléaires neutrophiles.

L'amylasémie est normale ainsi que les tests hépatiques.

La cholécystographie objective des calculs dans une vésicule augmentée de volume. La voie biliaire principale est radiologiquement normale.

L'intervention est pratiquée quelques jours plus tard :
elle découvre une vésicule pleine de calculs. On pratique une cholécystectomie.
La voie biliaire principale vérifiée par radiomanométrie peropératoire est normale.
Les suites opératoires sont bonnes.

Conclusion :

Il s'agit d'une lithiase vésiculaire non compliquée.

OBSERVATION N°6 : T. Lahouari n°T 43/64. âgé de 17 ans.

Malade hospitalisé pour douleurs de l'hypocondre droit irradiant vers l'épigastre, accompagnées de vomissements alimentaires.

L'interrogatoire révèle 5 crises douloureuses du même type depuis 2 mois. On ne note pas d'ictère dans les antécédents.

L'état général n'est pas altéré, la température est à 37°.

L'examen abdominal révèle une douleur prédominant au niveau de l'hypocondre droit.

L'étude des examens biologiques montre une formule sanguine à 26 400 Blancs par mm3 avec 77% de polynucléaires neutrophiles.
l'amylasémie est normale.

La radiographie des voies biliaires met en évidence un très gros calcul dans une vésicule coudée. La voie biliaire principale est normale.

L'intervention a lieu le 3/6/64 :

On pratique une cholécystendèse, on se limite à l'extraction du calcul par la paroi vésiculaire semble saine.

.../...

La radiomanométrie peropératoire montre un passage normal au niveau de la voie biliaire principale.

Revu trois ans plus tard, le malade ne présente aucun trouble mais la cholangiographie de contrôle objective une récidive de la lithiase sur la vésicule coudée en hameçon; une nouvelle intervention comportant une cholécystectomie, a été ainsi rendue nécessaire.

Conclusion :

Récidive de lithiase vésiculaire chez un malade pour lequel une cholécystendèse a été pratiquée.

OBSERVATION N°7 : N. Fatima n°N11/65, âgée de 20 ans.

malade hospitalisée pour douleurs de la région ombilicale avec irradiations épigastriques, accompagnées de vomissements alimentaires.

L'interrogatoire permet de retrouver des troubles digestifs à type de crampes épigastriques survenant essentiellement après les repas riches en graisses, suivies de vomissements. Le début de la maladie remonte à 4 ans. Au cours de la présente crise, on peut noter un arrêt des matières et des gaz.

La temperature est à 40°, mais l'état général n'est pas altéré.

La palpation abdominale accentue les douleurs épigastriques et de la région ombilicale, ressenties spontanément par la malade.

La formule sanguine est à 7 mg avec 77% de polynucléaires neutrophiles,

Tests hépatiques et amylasémie ne sont pas perturbés.

La radiographie des voies biliaires objective une augmentation importante du volume de la vésicule ; celle ci est ptosée et renferme un calcul solitaire. Le bord inférieur de la vésicule se projette au dessous de la crête iliaque droite et l'on remarque la longueur anormale du canal cystique. La voie biliaire principale ne semble pas atteinte.

Lors de l'intervention chirurgicale on remarque une atypie artérielle comprenant une division précoce de l'artère hépatique. Le canal cystique précroise le canal hépatique commun.

.../...

On pratique une cholécystectomie.

La radiomanométrie peropératoire confirme l'intégrité de la voie biliaire principale.

Conclusion :

Lithiase vésiculaire non compliquée à début atypique ; malformation congénitale de l'artère hépatique et du canal cystique.

OBSERVATION N°8 : H.H. Farida, n°H 52/66, âgée de 19 ans.

Malade hospitalisée pour douleurs de l'hypocondre droit sans irradiations accompagnées de vomissements.

Le début des crises remonte à trois mois, les douleurs antérieures ont le même caractère que la crise actuelle, on ne note pas d'ictère dans les antécédents.

La température est à 37°2, l'état général n'est pas altéré.

La palpation abdominale montre que la douleur prédomine dans la région sous-costale droite.

Les examens complémentaires montrent une formule sanguine à 4800 Blancs par mm3 avec 65% de polynucléaires neutrophiles, le reste des examens biologiques est normal.

La première radiographie des voies biliaires montre que le produit opaque est éliminé par les reins. La deuxième radiographie pratiquée une quinzaine de jours plus tard montre une vésicule mal opacifiée, mais on peut y voir des calculs.

L'intervention est pratiquée quelques jours plus tard : on procède à l'ablation d'une vésicule pleine de calculs de petite taille. La voie biliaire principale est normale tant à l'examen manuel qu'à la radiographie peropératoire.

Conclusion :

Lithiase vésiculaire non compliquée.

.../...

OBSERVATION N°9 : M. Fatma n°M 49/67, âgée de 20 ans.

Malade hospitalisée pour douleurs de l'hypocondre droit avec vomissements alimentaires.

On retrouve en interrogeant la malade, que le début des troubles remonte à 4 mois. On note l'existence d'une dyspepsie aux graisses, l'absence d'ictère. Les douleurs au cours des crises antérieures ont le même caractère que la crise actuelle.

La température est à 37°4, l'état général est bon.

L'examen abdominal met en évidence un signe de Murphy positif. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Tous les examens biologiques demandés ne montrent pas d'anomalies. La formule sanguine est à 6700 Blancs avec 64% de polynucléaires neutrophiles.

Tests hépatiques et amylasémie sont normaux.

Une grosse vésicule contenant de petits calculs est mise en évidence par la radiographie des voies biliaires qui montre par ailleurs l'intégrité radiologique de la voie biliaire principale. La malade refuse l'intervention malgré l'insistance du Chirurgien.

Conclusion : Il semble s'agir d'une lithiase vésiculaire non compliquée malgré l'absence de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION N°10 : R. Yamina n°R 18/65, âgée de 19 ans.

Hospitalisée pour douleurs de l'hypocondre droit à irradiations épigastriques.

Dans les antécédents on note plusieurs crises dont le début remonte à moins d'un an. Le palper abdominal met en évidence la positivité du signe de Murphy. On ne note pas le gros foie ou la grosse rate.

Parmi les examens biologiques demandés, on note une formule sanguine à 6500 Blancs avec 72% de polynucléaires neutrophiles, on remarque la présence d'une discrète rétention biliaire : bilirubinémie conjuguée à 35 mg par litre.

.../...

La radiographie des voies biliaires montre l'absence d'opacification de la vésicule biliaire.

Intervention : On note une lithiase vésiculaire multiple. On procède à la cholécystectomie.

La voie biliaire principale vérifiée manuellement et radiologiquement est normale.

Les suites opératoires sont bonnes.

Conclusion :

Lithiase vésiculaire simple.

OBSERVATION N°11 : B. Belkacem n°17/66, âgé de 20 ans.

Malade hospitalisé pour douleurs de l'hypocondre droit irradiant vers le dos et l'épaule droite, avec douleurs épigastriques intenses. On ne note pas d'ictère dans les antécédents.

La température est normale à l'entrée, mais dans les jours qui suivent on peut relever l'existence de petits pics fébriles à 38°2 et 38°4.

L'examen abdominal objective une contracture qui s'estompe une heure plus tard et laisse place à une défense de l'hypocondr droit.

La formule sanguine est à 5700 Blancs avec 60% polynucléaires neutrophiles.

Deux amylasémies sont demandées le même jour : la première revient à 210 U.S., la seconde à 2780 U.S.

La cholangiographie objective une grosse vésicule calculeuse.

L'intervention chirurgicale est catégoriquemert refusée par le malade.

Conclusion :

Lithiase biliaire probablement compliquée d'une pancréatite d'accompagnement.

.../...

OBSERVATION N°12 : B. Khoïra n°B 6/65, âgée de 21 ans.

Malade hospitalisée pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit avec vomissements bilieux.

Interrogatoire : Le début de la maladie remonte à 6 mois, Des crises stéréotypées "douleur, fièvre, ictère" ont ponctué le cours de l'évolution.

La température est normale lors le l'hospitalisation.

L'examen abdominal met en évidence un signe de Murphy ; on ne note pas d'augmentation de volume du foie ou de la rate.

La formule sanguine est à 5 500 Blancs avec 75% polynucléaires neutrophiles. Le reste des examens biologiques est normal.

La cholangiographie objective la présence de calculs dans une vésicule très augmentée de volume.

La voie biliaire principale est dilatée et des hyperclartés fortement suspectes d'être d'origine lithiasique, sont notées au niveau du canal cholédoque.

L'intervention a lieu le 17/11/65.

On découvre d'une part une cholécystite lithiasique, d'autre part, une lithiase multiple de la voie biliaire principale.

Lors de la cholécystectomie on peut mettre en évidence la largeur du canal cystique.

La radiomanométrie peropératoire révèle outre la lithiase cholédocienne la présence d'une oddite.

Une cholédocotomie avec ablation de calculs est pratiquée avec "fermeture idéale" du cholédoque.

Les suites opératoires sont simples.

Conclusion :

Il s'agit d'une cholécystite lithiasique associée à une lithiase cholédocienne.

L'attitude thérapeutique vis à vis de l'oddite n'est malheureusement pas spécifiée sur le protocole opératoire.

La largeur de l'infundibulum cystique pourrait être attribuée au passage des calculs de la vésicule vers la voie biliaire principale.

/

OBSERVATION N°13 : S. Houria n°S36/67, âgée de 21 ans.

Malade hospitalisée pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit à irradiations postérieures accompagnées de vomissements.

En interrogeant la malade on retrouve de nombreuses crises douloureuses sans particularité symptomatologique évoluant depuis un an. On ne retrouve pas d'ictère.

La température est à 37°

L'examen de l'abdomen met en évidence une défense de l'hypocondre droit. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. La formule sanguine est à 11 200 Blancs avec 75% de polynucléaires.

La cholangiographie objective une vésicule effilée et recourbée porteuse de nombreux petits calculs. La voie biliaire principale est dilatée, et renferme des images claires fortement suspectes d'être d'origine lithiasique.

L'intervention a lieu le 6/6/67 :

On note une microlithiase vésiculaire et cholédocienne.

A la cholécystectomie fait suite une cholédocotomie avec extraction des calculs.

La radiographie peropératoire montre une diminution de calibres du canal cholédoque.

La voie biliaire principale semble libre mais la pression de remplissage est élevée, ce qui laisse penser à une oddite que l'on traite par sphinctérotomie suivie de sphinctéroplastie.

18 jours plus tard, on note la regréssion radiologique des signes oddiens.

Les suites opératoires sont simples.

Conclusion :

Il s'agit d'une association : lithiase vésiculaire et cholédocienne avec oddite traitée par sphinctérotomie et sphinctéroplastie.

.../...

OBSERVATION N°14 : S. Rebiha n°S 2/69, âgée de 18 ans.

Malade hospitalisée pour ictère fébrile d'apparition récente (4 jours). Des crises de coliques hépatiques accompagnées parfois de subictère se répètent depuis 6 mois.

En interrogeant la malade, on retrouve des douleurs intenses de l'hypocondre droit à irradiations postérieures et scapulaires. Ces douleurs s'accompagnent de diarrhées et de céphalées.

La température est à 39°3.

A l'examen un ictère franc est noté mais il n'y a pas de grosse rate ou de gros foie. La manoeuvre de Murphy met en évidence une douleur dans l'hypocondre droit.

La formule sanguine est à 10300 Blancs par mm3 avec 71% de polynucléaires neutrophiles.

Les transaminases sont élevées : TGO : 48 unités, TGP : 210 unités. La bilirubinémie conjuguée est à 60 mg par litre.

La radiographie des voies biliaires pratiquée après régression de l'ictère permet de mettre en évidence une grosse vésicule lithiasique, et une dilatation du cholédoque.

L'intervention a lieu le 30/12/68 :

On découvre une vésicule calculeuse avec périviscérite, et un canal cholédoque dilaté. On procède à la cholécystectomie. Un cathéter passé par l'orifice du canal cystique traverse facilement l'oddi. Une cholangiographie par le cystique montre une dilatation cholédocienne. Le canal cystique s'abbouche en sifflet au canal cholédoque.

Au niveau de l'ampoule de Water, le sphincter d'Oddi est spasmé (injection complète de Wirsung). On note l'absence de lithiase cholédocienne. Une cholédocotomie est pratiquée au niveau de l'abbouchement du canal cystique. A l'aide de la paroi de ce dernier, une plastie est pratiquée sur la zone rétrécie du cholédoque pour accroitre son diamètre.

Conclusion :

Lithiase vésiculaire, oddite, ictère, attribué à un spasme oddien

/

OBSERVATION N°15 : B. Khedidja n°B 288/65, âgée de 19 ans.

Malade hospitalisée pour ictère et syndrome douloureux de l'hypocondre droit avec vomissements depuis 3 semaines.

A l'interrogatoire le début de la maladie semble récent : un mois avant l'hospitalisation la malade a présenté une crise douloureuse qui a duré 3 jours. 8 jours plus tard, la malade signale l'apparition d'un subictère qui a progressivement foncé pour devenir un ictère franc. La malade n'a pas déjauni depuis.

L'état général n'est pas altéré, la température à 37°2.

A l'examen on note un gros foie à trois travers de doigts du rebord costal. La rate est légèrement augmentée de volume.

La formule sanguine est 7800 Blancs avec 68% polynucléaires neutrophiles.

L'urée est à 0,35 g par litre.

Les tests hépatiques sont perturbés :

- bilirubinémie conjuguée : 48,5mg par litre,
- taux de prothrombine : 65%,
- Mac Lagan : 18 UP,
- Gros : 2 ml
- Kunkelzinc : 12 degrés Vernes
- Transaminases : TGP : 300 unités, TGO : 194 unités.

La cholangiographie objective l'absence d'opacification de la vésicule et l'obstruction complète du canal cholédoque. Les canaux intrahépatiques sont dilatés en amont de l'obstruction cholédocienne. Aucune image calculeuse n'est visible sur ce cliché.

A l'intervention, la vésicule, scléroatrophique est progressivement dégagée d'adhérences au mésocolon transverse et au duodénum. A la palpation, la vésicule contient de nombreux calculs et est accolée à la voie biliaire principale qui apparait dilatée. La vésicule friable se morcelle en cours de dissection laissant échapper plusieurs calculs de taille variable. Une partie de la muqueuse est laissée adhérente au lit vésiculaire.

L'artère cystique est liée en bonne place, mais le canal cystique friable se déchire, et son orifice d'abbouchement n'est pas repéré.

Le contrôle de la voie biliaire principale paraissant indispensable, d'autant qu'il existe un noyau de la tête du pancréas, on pratique une cholédocotomie sus-duodénale courte qui affirme l'absence de calculs. Un explorateur biliaire est poussé à travers la papille qui se laisse difficilement franchir.

Courte duodénotomie en regard de la papille et papillectomie avec dilatation du petit sphincter. Petit drain de Kehr dans le cholédoque dont l'étanchéité est vérifiée après suture au Catgut à points séparés.

Après occlusion par clamp souple du bout hépatique du drain de Kehr, le lavage au sérum montre une perméabilité parfaite de l'ampoule.

Fermeture de la duodénotomie en un plan à points séparés au fil de lin avec épiploplastie.

La cholangiographie montre un bon passage duodénal avec défaut léger d'injection au niveau du Kehr, et une dilatation assez considérable de l'arbre biliaire intrahépatique.

Conclusion :

Ictère avec signes de pancréatite scléreuse et oddite

OBSERVATION N°16 : Mme Fatima n°L5/63, 20 ans, mère de 2 enfants.

Malade hospitalisée pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit évoluant depuis plusieurs heures avec vomissements alimentaires.

A l'interrogatoire. Le début des troubles remonte à 3er par des douleurs de l'hypocondre droit sans irradiations. On note l'absence d'ictère. La fréquence des crises a augmenté dans le mois qui a précédé l'hospitalisation.

L'état général est conservé la température à 37°4.

Le signe de Murphy est objectivé par la palpation abdominale. La formule sanguine est à 6500 Blancs avec 65% de polynucléaires neutrophiles, le reste des examens est normal

La radiographie des voies biliaires montre l'absence d'opacification de la vésicule.

L'intervention met en évidence une vésicule contenant de nombreux calculs dont on pratique l'ablation.

On explore la voie biliaire principale et du pancréas qui sont normaux. La cholangiographie peropératoire montre une oddite. L'attitude thérapeutique vis à vis de cette dernière n'est pas spécifiée..

Conclusion :

Lithiase vésiculaire compliquée d'oddite.

OBSERVATION N°17 : M. Kheïra n°M6/69, âgée de 18 ans.

Malade hospitalisée pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit accompagné de vomissements bilieux.

Le début des troubles remonte à un an par des crises douloureuses sans particularité clinique, à irradiations postérieures.

On ne retrouve pas de fièvre ou d'ictère dans les antécédents.

L'état général est bon, la température est à 37°5.

L'examen de l'abdomen objective une défense de l'hypocondre droit. Foie et rate ne sont pas augmentés de volume.

Les examens biologiques sont normaux.

La radiographie des voies biliaires objective une grosse vésicule coudée contenant de nombreux calculs.

L'intervention a lieu le 6/1/69 :

Vésicule enflammée porteuse de nombreux calculs de petite taille. L'exploration manuelle et instrumentale de la voie biliaire principale montre l'absence de lithiase cholédocienne. L'existence d'une cholédocite motive la mise en place d'un drain de Kehr après cholécystectomie.

Conclusion :

Cholécystite lithiasique avec cholédocite.

.../...

OBSERVATION N°18 : B.A. Naïma n°B 15/64, âgée de 21 ans.

Malade hospitalisée en urgence pour syndrome douloureux abdominal avec fièvre. La crise douloureuse de l'hypocondre droit s'accompagne de vomissements et d'un arrêt des matières et des gaz depuis deux jours.

L'état général est altéré, la température est à 40°.

Parmi les examens complémentaires demandés en urgence, on note une formule sanguine à 12 200 Blancs par mm3 avec 83% de polynucléaires neutrophiles, une urée à 0,25g par litre, une bilirubinémie à 65 mg par litre.

L'examen radiologique des voies biliaires pratiqué jours avant l'hospitalisation, montre l'absence d'opacification des voies biliaires. Le produit opaque est éliminé par les reins

L'intervention a lieu le 27/3/64 :

On découvre une vésicule lithiasique entourée d'une légère périviscérite ; la dissection du pédicule est hémorragique. On constate une atypie artérielle avec division précoce de l'artère hépatique ; l'artère cystique naissant de la branche droite de l'artère hépatique précroise le canal cholédoque et a été ligaturée en premier. On ligature ensuite le canal cystique en bonne place ; on note l'étroitesse de son calibre.

Conclusion :

Cholécystite lithiasique aiguë ; atypie artérielle et étroitesse du calibre du canal cystique.

OBSERVATION N°19 : B. Khadra n°B57/67, âgée de 21 ans,(2 enfts)

Malade hospitalisée pour douleurs abdominales, oedème des membres inférieurs depuis un mois, la malade se plaint d'épisodes douloureux et fébriles de l'hypocondre droit, avec irradiations scapulaires, et vomissements.

.../...

D'autres signes fonctionnels sont relevés :

- essoufflement rapide à l'effort, apparition d'oedèmes lors de la marche,
- aménorrhée depuis 13 mois (la malade allaite),
- tendance à la polydypsie.

A l'examen clinique, le visage est bouffi, les conjonctives décolorées.

Les oedèmes des membres inférieurs sont actuellement absent

La palpation de l'abdomen met en évidence la positivité du signe de Murphy.

La rate est augmentée de volume.

L'examen cardio-vasculaire objective une tachycardie à 115 par minute, une tension artérielle à 10/6.

La biologie montre une leucopénie à 3920 Blancs par mm3 et une anémie à 2 200 000 Globules rouges.

L'albuminurie est négative, les protides totaux sont à 75g par litre.

2 formules sanguines successives confirment l'anémie et la leucopénie :

- 1 500 000 Globules rouges à la première,
- 2 540 000 Globules rouges avec 2 900 Blancs à la seconde.

La recherche d'hématies cibles se révèle négative.

Intervention :

Vésicule lithiasique et enflammée dont on pratique l'ablation. Un fragment hépatique est prélevé et envoyé au Laboratoire d'Anatomie Pathologique ; l'examen histologique montre l'absence d'atteinte hépatique.

Conclusion :

Cholécystite lithiasique chez une femme qui présente un syndrome oedémateux et ánémique dont l'étiologie n'est pas précisée.

.../...

OBSERVATION N°20 : C.Djemia n°56/63, âgée de 19 ans.

Malade hospitalisée pour douleurs intenses de l'hypocondre droit accompagnées de vomissements.

Le début de la maladie remonte à 7 mois par des crises douloureuses ayant les mêmes caractères que la crise actuelle.

La température est à 38°5.

A l'examen, la manoeuvre de Murphy est positive.

La formule sanguine est à 16 800 Blancs avec 79% de Polynucléaires neutrophiles, les tests hépatiques sont perturbés (tests de floculation positifs, abaissement du taux de prothrombine à 70%). L'amylasémie est à 2840 US.

La cholangiographie montre une vésicule lithiasique.

A l'intervention, on découvre une vésicule enflammée de calculs. On procède à la cholécystectomie. La voie biliaire principale est normale à l'exploration manuelle et instrumentale

La malade est traitée par des antienzymes, jusqu'au retour à la normale de l'amylasémie qui survient 15 jours après l'intervention.

Conclusion : Cholécystite lithiasique compliquée d'une pancréatite oedémateuse.

OBSERVATION N°21 : B.Lahouaria n°B 172/67, âgée de 20 ans.

Malade hospitalisée pour douleurs de la fosse iliaque droite accompagnées de céphalées et de vomissements bilieux.

L'anamnèse permet de retrouver de nombreuses crises douloureuses identiques à la crise actuelle, qui ont émaillé l'évolution de la maladie dont le début remonte à un an. La fréquence s'est accentuée dans la semaine qui a précédé l'hospitalisation. On note une dyspepsie aux graisses.

L'état général est peu altéré, la temperature est à 37°. A l'examen, on peut localiser le maximum douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, mais la manoeuvre de Murphy est positive

Des examens biologiques demandés en urgence montrent une formule sanguine à 9200 Blancs par mm3 avec 72% de polynucléaires neutrophiles.

.../...

La radiographies les voies biliaires met en évidence l'existence de calculs au niveau de la vésicule ; on note une périculite.

La voie biliaire principale est libre tant à l'exploration manuelle qu'instrumentale.

On procède à la cholécystectomie. On note l'étroitesse du calibre du canal cystique.

La malade revient un an plus tard pour les douleurs épigastriques dont on ne précise pas l'étiologie.

Conclusion :

Cholécystite lithiasique à manifestation atypique ; étroitesse du canal cystique.

OBSERVATION N°22 : D.Lalia n°D/12/65, âgée de 21 ans.

Malade hospitalisée pour syndrome douloureux et fébrile de l'hypocondre droit. La malade a présenté de nombreuses crises mais pas d'ictère.

La temperature est à 38°, l'état général est peu altéré.

A l'examen, la manoeuvre de Murphy est positive, l'abdomen est souple.

La formule sanguine est à 5 000 000 Globules rouges avec 6 900 Blancs par mm3 et 72% de Polynucléaires neutrophiles L'urée à 0,45 g par litre.

La radiographie les voies biliaires montre l'absence d'opacification de la vésicule. Le produit opaque est éliminé par les reins.

L'intervention a lieu le 31/3/65 :

On découvre une vésicule enflammée, petite, adhérente pleine de calculs ; la cholécystectomie s'avère difficile. On cathétérise la voie biliaire principale qui semble normale.

Fermeture sur drain de Kehr.

Conclusion :

Il s'agit d'une cholécystite calculeuse typique.

OBSERVATION N°23 : M. Aïcha n°M/51/68, âgée de 19 ans.

Malade hospitalisée pour syndrome douloureux et fébrile de l'hypocondre droit avec vomissements alimentaires.

Dans l'année qui a précédé l'hospitalisation, quelques crises sans fait particulier sont survenues. Aucune notion d'ictère ou de dyspepsie n'est retrouvée.

La température est à 38°5.

A l'examen la manoeuvre de Murphy est positive, il n'y a pas par ailleurs d'hépato ou de splénomégalie.

La formule sanguine est perturbée : 14 100 Blancs avec 80% de polynucléaires neutrophiles, l'urée est 0,25 g par litre la glycémie est à 0,95 g par litre ; hémoculture, sérodiagnostic et goutte épaisse reviennent négatifs.

La radiographie des voies biliaires montre une vésicule exclue. Les canaux hépatiques et le cholédoque sont de taille normale.

A l'intervention, le 7/6/68.

On découvre une grosse vésicule à bile claire contenant 3 gros calculs et 2 petits ; on renonce à cathétériser le cystique qui n'est pas perméable ; la radiomanométrie confirme l'intégrité de la voie biliaire principale.

Fermeture sur drain de Redon.

Conclusion :

Il s'agit d'une cholécystite lithiasique.

L'examen anatomopathologique du cystique aurait été souhaitable dans ce cas particulier.

OBSERVATION N°24 : A. Karima n° A 57/66, âgée de 19 ans.

Malade hospitalisée pour douleurs de l'hypocondre droit à irradiations scapulaires droites accompagnées, d'anorexie, de céphalées, de vomissements bilieux et de fièvre.

.../...

Le début remonte à 7 mois par des crises douloureuses de l'hypocondre droit sans fièvre.

La température est à 39°.

A l'examen la manoeuvre de Murphy est positive, aucun signe n'est signalé par ailleurs.

La formule sanguine est à 15 600 Blancs par mm3 avec 79% de Polynucléaires neutrophiles. Les tests hépatiques ne sont pas perturbés, mais le taux de Prothrombine est légèrement abaissé à 70%.

La cholangiographie montre une absence d'opacification de la vésicule avec un léger retrécissement du bas cholédoque.

Intervention, le 25/6/68 :

Dissection d'une vésicule lithiasique encastrée dans le foie et entourée d'adhérences.

Périculite fibreuse.

Dissection d'un cholédoque dilaté et d'un énorme cystique descendant en canon de fusil. Cholécystectomie.

L'exploration manuelle et instrumentale du cholédoque se révèle négative. La cholangiographie peropératoire montre un bon passage au niveau de la papille ; il n'y a pas de calculs.

Conclusion :

Cholécystite lithiasique avec malformation du canal cystique

OBSERVATION N°25 : D. Yamina n°D 4/66, âgée de 18 ans.

Malade hospitalisée en urgence pour douleurs abdominales intenses maximales au niveau de la fosse iliaque droite avec vomissements alimentaires.

La température est à 37°6, l'état général n'est pas altéré.

A l'examen, on met en évidence une défense de la fosse iliaque droite.

La formule sanguine, demandée en urgence, est à 6 900 Globules blancs par mm3 dont 70% de Polynucléaires neutrophiles.

.../...

La formule sanguine, demandée en urgence, est à 6 900 Globules blancs par mm3 et 70% de Polynucléaires neutrophiles.

La malade est opérée pour suspicion d'appendicite aiguë.

On pratique l'ablation d'un appendice sain. La vésicule, distendue, est perçue à bout de doigt.

L'incision est aggrandie et l'on peut découvrir un pyocholécyste avec 2 gros calculs. On procède à la cholécystectomie. La voie biliaire principale semble libre.

Conclusion :

Pyocholécyste à symptomatologie atypique.

OBSERVATION N°26 : O. Zohra n° O 15/67 - âgée de 21 ans.

Malade hospitalisée en urgence pour douleurs de l'hypocondre droit avec vomissements alimentaires et bilieux.

L'interrogatoire révèle un accouchement qui a eu lieu 2 mois avant la crise actuelle. Le début de la maladie remonte à un mois, 3 crises douloureuses du même type sont relevées.

La température actuelle est à 37°8.

A l'examen, on note l'absence d'ictère, la manoeuvre de Murphy est positive, une grosse vésicule est perçue sous un foie de volume normal.

La formule sanguine est à 8 400 Blancs avec 73% de Polynucléaires, les tests hépatiques sont normaux.

Les radiographies ne semblent pas avoir été pratiquées.

L'intervention est pratiquée en urgence le 22/8/67. On découvre un hydrocholécyste dont on pratique l'ablation, au niveau du cystique, on peut noter un calcul enclavé.

Refermeture sur drain de Kehr.

Conclusion : Hydrocholécyste avec calcul enclavé au niveau du canal cystique.

OBSERVATION N°27 : B.Lahouaria n°B128/67, âgée de 20 ans.

Malade hospitalisée pour douleurs sous-costales droites fébriles, sans irradiations.

.../...

La temperature est à 37°9.

La palpation abdominale met en évidence un signe de Murphy le reste de l'examen est normal.

La formule sanguine est à 11 300 Blancs avec 30% de Polynucléaires neutrophiles.

La cholangiographie objective l'absence d'opacification de la vésicule, la voie biliaire principale est radiologiquement normale.

L'intervention a lieu le 27/6/67 :

Hydrocholécyste contenant quelques calculs.

Cholécystectomie antérograde après ligature de l'artère cystique.

La voie biliaire principale semble normale à la palpation.

La radiomanométrie n'est pas spécifiée sur le protocole opératoire.

Conclusion :

Hydrocholécyste calculeux évoluant depuis 6 mois.

2 Observations d'adolescents provenant du C.H.U.Alger (Clinique Chirurgicale A) viennent compléter cette série d'observations.

OBSERVATION N°28 : Z. Fatima, n°Z 23/63, âgée de 19 cas.

Malade hospitalisée dans le service pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit avec vomissements bilieux.

L'anamnèse révèle que la date de la première crise remonte à un an. Des crises suivantes sont accompagnées parfois d'un subictère conjonctival et de fièvre.

A l'examen on note une défense nette au niveau de l'hypocondre droit.

La biologie permet de montrer un abaissement du taux de Prothrombine à 16% tandis que l'urée et la glycémie sont normales.

A la cholangiographie, la vésicule n'est pas opacifiée.
A l'intervention :La vésicule est "bourée" de microcalculs, le col vésiculaire est obstrué. Le cholédoque est dilaté et on note une périviscérite importante avec adhérences duodéno-cholécystiques. La radiomanométrie par cholédocotomie montre un cholédoque perméable mais dilaté. On pratique une cholécystectomie.
Conclusion : Cholécystite lithiasique.

OBSERVATION N°29 :A.S.Malika n° 80/67, âgée de 21 ans.

Malade hospitalisée pour douleurs de l'hypocondre droit à irradiations multiples : postérieures,et scapulaires, épigastriques, accompagnées de vomissements bilieux et de fièvre.

L'anamnèse : révèle de nombreuses crises de coliques hépatiques depuis deux ans. Chez cette patiente qui par ailleurs est mère de 4 enfants, on note l'absence d'ictère, mais des accès fébriles accompagnent fréquemment ces crises.

A l'examen : on note une légère hépatomégalie et une pointe de rate.

La biologie montre une discrète rétention biliaire : bilirubine directe à 14 mg par litre, taux de prothrombine à 76%.

L'amylasurie, l'urée, le cholestérol sont normaux.

La cholangiographie objective une vésicule de volume normal contenant des calculs.

A l'intervention, on note une lithiase vésiculaire et une hypertension portale,il n'existe pas de lésions hépatiques macroscopiques. La paroi vésiculaire est scléreuse, la bile est noirâtre, et on note la présence de 2 calculins.

On pratique une cholécystectomie :

La rate blanchâtre et lure est augmentée de volume, très adhérente aux parois de sa loge.

A la radiomanométrie peropératoire, le cholédoque et le canal hépatique gauche sont dilatés. Le produit opaque passe bien dans le duodénum.

Conclusion :

Il s'agit d'une lithiase vésiculaire accompagnant un syndrome d'hypertension portale.

.../...

- TABLEAU RECAPITULATIF DES OBSERVATIONS -

I - ETIOPATHOGENIE

1. Suivant l'âge, la répartition est la suivante :

A G E	N O M B R E
Moins de 5 ans	1
DE 5 à 10 ans	0
DE 10 à 15 ans	3
DE 15 à 20 ans	18
DE 20 à 21 ans	7

2. Suivant le sexe :
   - FEMININ = 27 cas : soit 93,2 %
   - MASCULIN= 2 cas : soit 6,8 %

3. Incidence de la grossesse :
   - NOMBRE DE CAS = 3 : soit 10,3 %

II- ANATOMOPATHOGENIE

- Malformations congénitales ou acquises :

* Association à une anomalie artérielle :
  2 Cas : soit 6,8 % (Observations 7 et 18).

.../...

* Anomalies du canal cystique non associées à une atypie artérielle : 5 cas - soit 17,1% (Obs.1,14,21,23,24)

* Anomalies vésiculaires : 2 cas - soit 6,8% (Obs.-6,17

TOTAL : 9 cas - soit 31%.

III - ASPECTS ANATOMOCLINIQUES ET EVOLUTIFS

1. Aspects anatomocliniques :

- lithiases simples : 7 cas - soit 24,1%
- Cholécystites aiguës : 11 cas - soit 37,9%
- Distentions vésiculaires : 4 cas - soit13,7%
- Atteinte de la voie biliaire principale : 8 cas, soit 27,5%
- Atteinte pancréatique associée : 4 cas - soit 13,7%, (Obs. N°4, 11, 15, 20.)

2. Aspects évolutifs

Lithiases révélées par des manifestations cliniques apparues depuis moins de 1 an : 27 cas sur 29.

Complications dont le délai d'apparition remonte à :

- moins d'1 mois : 31%
- moins de 6 mois : 41,3%
- moins de 1 an : 72,3%

Après les premières manifestations cliniques.

*

* *

- ETUDE SYNTHETIQUE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE NOS OBSERVATIONS -

A la lumière de nos 29 Observations nous avons pu grouper un certain nombre de considérations cliniques et thérapeutiques.

Nous nous proposons de les étudier selon le plan suivant :

- A - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE
- B - ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES
- C - ASPECTS ETIOPATHOGENIQUES
- D - ASPECTS EVOLUTIFS
- E - DIAGNOSTIC
- F - TRAITEMENT.

A - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

En premier lieu, la symptomatologie de la lithiase chez nos sujets nous a paru revêtir un aspect proche de celle observée chez l'adulte malgré l'existence de certaines atypies.

I- Signes d'appel :

Dans presque tous les cas (75,8%) c'est la survenue d'une crise douloureuse de l'hypocondre droit qui a amené le jeune patient à consulter. Des irradiations scapulaires ou postérieures accompagnent volontiers la crise. Dans 6 cas (20,6%) nous avons pu les relever à l'interrogatoire des malades. Les irradiations sont épigastriques dans 3 de nos cas (10,3%). Trois fois nous n'avons pas relevé d'irradiation. Trois fois également, la lithiase prend un masque symptomatologique trompeur : Dans 6,8% des cas, les douleurs siègent au niveau de la fosse iliaque droite. Dans un cas, les douleurs siègent à l'ombilic et irradient vers l'épigastre (Observation n°7).

II- Signes d'accompagnement :

Des troubles digestifs sont pratiquement toujours observés, à type de vomissements alimentaires ou bilieux, à type de diarrhée trompeuse (Obs.N°1 et 14) ou au contraire, à type d'arrêt transitoire des matières et des gaz donnant une note occlusive au tableau (Observation n°18).

Un signe de grande importance, le subictère, n'a jamais été signalé. L'ictère, forme clinique particulière, sera étudié avec les aspects anatomocliniques.

III- L'examen clinique :

L'examen clinique est généralement évocateur. A la palpation de l'abdomen le siège sous-costal droit de la douleur avec inhibition inspiratoire peut être considéré comme un signe constant.

.../...

Assez souvent, même lorsque les douleurs prédominant au niveau de la fosse iliaque droite, on note une sensibilité douloureuse associée au niveau de l'hypocondre droit. La même constatation peut être faite chez notre patiente, (N. Fatima - observation n°7) qui se plaignait de douleurs ombilicales à irradiations épigastriques ; En effet, une légère pression au niveau de la région vésiculaire, accentuait les douleurs ressenties par la malade.

L'augmentation de volume de la vésicule n'a été perçue que dans un cas (Observation n°26). Ce signe est donc assez rare, et souvent difficile à mettre en évidence à cause de la douleur qui l'accompagne.

IV- Les examens complémentaires :

Les examens complémentaires ont pu parfois être d'une précieuse aide pour la précision diagnostique et thérapeutique Une hyperleucocytose avec polynucléose a fait penser à une note infectieuse dans un certain nombre de cas.

On pense rarement à demander la cholurie et la cholalurie qui augmentées de façon importante, peuvent pourtant aider au Diagnostic (Observation n°10, 16).

Le taux de prothrombine discrètement abaissé même lorsqu'il n'y a pas d'ictère peut être un signe d'orientation diagnostique

Dans l'ensemble, les tests hépatiques sont rarement perturbés.

L'amylasémie est un examen de grande importance ; elle montré parfois une note pancréatique concommitante, et a guidé la thérapeutique antienzyme pré et postopératoire.

.../...

La radiologie : Mais c'est la radiologie qui est l'examen capital à pratiquer chaque fois que l'on soupçonne la lithiase biliaire.
La cholangiographie a objectivé 13 fois (44,7%) l'absence d'opacification de la vésicule biliaire, et a ainsi fortement fait suspecter la lithiase.
10 fois (34,4%), elle a permis de visualiser la vésicule et ses calculs.
Elle a même parfois mis en évidence des images claires au niveau de la voie biliaire principale hautement suspectes d'être d'origine lithiasique .

B - ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES

Nous nous proposons d'étudier les aspects anatomo-cliniques selon le plan suivant :

1. la lithiase vésiculaire simple
2. la lithiase vésiculaire compliquée :
   - Infection,
   - Distension.
3. L'atteinte de la voie biliaire principale,
4. l'atteinte pancréatique.

1. La lithiase vésiculaire simple :

La lithiase vésiculaire simple est observée essentiellement chez les malades âgés de plus de 15 ans (7 cas : soit 24,1%).
Elle revêt chez nos malades un tableau clinique stéréotypé et fortement évocateur :

- syndrome douloureux de l'hypocondre droit avec ou sans irradiations.
- Le début des crises remonte le plus souvent à moins d'1 an. Nous reviendrons plus loin sur cet aspect évolutif.
- Ce syndrome douloureux s'accompagne presque toujours de troubles digestifs à type de vomissements. Une dyspepsie est fréquemment notée.

- l'examen abdominal montre la prédominance des signes dans la région vésiculaire.

Les examens de laboratoire n'ont pas fourni de renseignements indispensables au diagnostic.

- La radiographie des voies biliaires a permis de confirmer le diagnostic.

- Dans un seul cas, la lithiase vésiculaire simple s'est manifestée par une forme douloureuse atypique (Observation N°7). En effet, le siège de la douleur était localisé au niveau de l'ombilic, l'irradiation douloureuse se faisant vers l'épigastre. Les douleurs propres ressenties par la malade, ont pu être retrouvées à la pression de l'hypocondre droit.

- La cholécystographie a non seulement confirmé le diagnostic dans ce cas, mais encore, elle mettait en évidence un aspect particulier de la vésicule : celle-ci était en effet ptosée, et son bord inférieur se projettait au dessous de la crête iliaque.

2) La lithiase vésiculaire compliquée :

La lithiase vésiculaire compliquée est la plus fréquente dans notre statistique : 3 observations soit 10,3% des cas chez des malades âgés de moins de 15 ans, 19 observations soit 65,4% des cas chez des malades âgés de plus de 15 ans.

Parmi ces complications, l'infection vésiculaire représente 37,9% des cas, la distension vésiculaire 13,7% des cas ; soit au total 51,6%.

a) l'infection vésiculaire :

La cholécystite lithiasique se manifeste par une symptomatologie clinique peu differente de la lithiase vésiculaire simple. La fièvre accompagne fréquemment le tableau clinique.

- le laboratoire montre quelquefois une hyperleucocytose avec plynucléose mais c'est toujours la radiologie qui a permis de faire le diagnostic.

.../...

Ce dernier examen a été particulièrement précieux dans le cas de B. A. Naïma (Observation N°18), chez laquelle il a été pratiqué quelques jours avant l'intervention en urgence.

"Un cas mérite d'être isolé : B. Khadra (Observation n°19) présentait une cholécystite lithiasique associée à un syndrome oedémateux et anémique dont l'étiologie n'est pas précisée.

Enfin trois fois (10,3% des cas) nous avons noté l'association d'une atteinte de la voie biliaire principale, ou d'une pancréatite.

b) La distension vésiculaire est observée dans 4 cas (Observations n°4, 25, 26 et 27), observations que nous rappellerons brièvement.

Dans 2 cas (6,8%) cette distension vésiculaire s'est manifestée par des douleurs de l'hypocondre droit.

Dans l'observation n°26, le début des crises est relativement récent (un mois).

L'anamnèse révèle la survenue d'un accouchement deux mois plus tôt. Le diagnostic est fait à la palpation qui met en évidence l'augmentation de volume de la vésicule.

L'intervention, pratiquée en urgence, permet de retrouver un calcul au niveau du canal cystique.

Dans le 2e cas (Observation n°27), l'interrogatoire situe le début des troubles à 6 mois avant l'hospitalisation en urgence

Le diagnostic d'hydrocholécyste n'est fait qu'en cours d'intervention. La vésicule n'est en effet pas perceptible à la palpation de l'abdomen en raison de la douleur qui empêche l'examen approfondi.

Dans les deux autres cas, au contraire, ce sont des douleurs de la fosse iliaque droite qui ont amené le malade à consulter et motivé l'hospitalisation en urgence.

Dans les deux derniers cas (Observations n°4 et 25) le diagnostic n'est posé qu'à l'intervention pratiquée en urgence pour syndrome appendiculaire ; l'appendice était sain, le Chirurgien a alors vérifié l'état des voies biliaires par l'orifice d'incision, et a ainsi redressé le diagnostic.

Conclusion :

Le nombre des cas est ici insuffisant pour permettre de tirer des conclusions précises quant à la symptomatologie clinique de la distension vésiculaire. Néanmoins, nous pouvons relever le caractère d'urgence, et la fréquence des atypies cliniques.

Soulignons la nécessité de rechercher une affection des voies biliaires lorsque l'appendice est sain.

3. L'atteinte de la voie biliaire principale :

8 fois (27,5%) nous avons assisté à l'atteinte de la voie biliaire principale :

- 1 fois par compression extrinsèque du cholédoque
- 3 fois par lithiase cholédocienne
- 3 fois par atteinte du sphincter d'Oddi
- 1 fois par cholédocite.

Il faut d'emblée mettre en exergue la polymorphisme des aspects rencontrés :

Dans l'observation n°12, la malade a présenté dans les 6 mois précédant l'hospitalisation, des crises stéréotypées avec"douleur, fièvre, ictère". En phase anictérique, la radiographie des voies biliaires a permis de mettre en évidence une lithiase vésiculaire à petits calculs, un canal cystique large et une voie biliaire principale dilatée renfermant des calculs. L'intervention a montré une cholécystite lithiasique, associé à une lithiase cholédocienne et à une oddite.

Dans l'observation n°1 : S. Fatima âgée de 4 ans, est hospitalisée pour ictère franc total, qui régresse au bout de 13 jours. La radiographie met en évidence une énorme vésicule coudée au niveau de son collet, contenant de nombreux calculs. Le canal cystique et la voie biliaire principale ne sont pas visibles sur ces clichés.

L'intervention découvre l'obstruction du canal cystique ; la radiomanométrie peropératoire met en évidence l'absence de lithiase cholédocienne et l'intégrité du sphincter d'Oddi.

.../...

L'explication du syndrome ictère est donnée par la conclusion suivante : l'intervention a été pratiquée sans doute après migration transoddienne du calcul responsable de la dernière crise douloureuse et de l'ictère.

Dans l'observation n°13, le tableau réalisé est cliniquement peu évocateur de lithiase de la voie biliaire principale. En effet, la malade est hospitalisée pour des crises de coliques hépatiques répétées depuis un an, non accompagnées d'ictère.

A la radiographie, on constate une microlithiase vésiculaire à laquelle s'associent des images claires cholédocienne s fortement suspectes d'être d'origine calculeuse.

L'intervention confirme la suspicion radiologique.

Il faut également placer dans ce groupe, un cas de compression extrinsèque de la voie biliaire principale par une vésicule scléroatrophique.

Dans l'observation n°15, B. Khodidja âgée de 19 ans, présente des antécédents de coliques hépatiques depuis un mois. Depuis 8 jours, on note l'apparition d'un ictère accompagné d'un syndrome douloureux de l'hypocondre droit, non accompagné de fievre.

La cholangiographie objective l'absence d'opacification de la vésicule biliaire et du canal cholédoque. Par contre, les canaux intra-hépatiques, dilatés, sont bien visibles.

A l'intervention on découvre une vésicule scléro-atrophique et calculeuse, adhérente à la voie biliaire principale qu'elle comprime, expliquant ainsi l'ictère et la dilatation des canaux intra-hépatiques mis en évidence par la radiologie. La vérification radiologique peropératoire visualise le cholédoque, d'aspect normal, sauf à sa partie terminale où il est rétréci. La papille, scléreuse, est objectivée lors de la sphinctérotomie une pancréatite d'accompagnement suspectée par l'amylasémie avant l'intervention s'y associe. Il faut noter ici la rapidité d'évolution de la maladie néoplasique pendant un temps très court.

Dans l'observation n°14 : S. Rebiha est hospitalisée pour un ictère fébrile depuis 4 jours.

/

La cholangiographie visualise après déjaunissement, une grosse vésicule lithiasique hypotonique et une dilatation du cholédoque.

L'intervention met en évidence outre la lithiase vésiculaire, l'atteinte scléreuse du sphincter d'Oddi.

Dans l'observation n°3, l'atteinte oddienne évolue dans un tableau clinique de pancréatite et de cholécystite. Ce tableau étant prédominant, l'observation, a été prise lors de l'étude de l'atteinte pancréatique.

Dans l'observation n°6, le tableau clinique est celui d'une lithiase simple, se traduisant cliniquement par des crises de coliques hépatiques répétées depuis 3 ans, non accompagnées d'ictère. L'oddite est mise en évidence par la radiographie des voies biliaires peropératoires.

Dans l'observation n°17, l'inflammation de la voie biliaire principale associée à la cholécystite lithiasique n'est reconnue qu'à l'intervention.

Conclusion :

On voit donc le polymorphisme clinique de l'atteinte de la voie biliaire principale. La seule clinique ne permet pas d'orienter le diagnostic encore que la radiographie, tant préopératoire que peropératoire, permette de donner des renseignements très utiles vis à vis de la thérapeutique.

Dans tous les cas, aucune lithiase ou atteinte de la voie biliaire principale n'est découverte complètement silencieuse.

Ces observations démontrent bien la nécessité absolue d'une cholangiographie peropératoire, tant est fréquente l'atteinte associée de la voie biliaire principale à la lithiase vésiculaire.

4) L'atteinte pancréatique :

Elle représente 13,7%. 4 fois, nous avons relevé une atteinte pancréatique associée à la lithiase.

Dans l'observation n°13 - déjà citée, outre l'atteinte scléreuse de l'Oddi, on peut noter la réaction pancréatique d'accompagnement.

Dans l'observation n°20 : C. Djemia, 19 ans, hospitalisée pour crise de colique hépatique, présente une pancréatite mise en évidence par l'amylasémie élevée.

Mais c'est l'observation n°3 : N. Lahouaria, 14 ans, qui est la plus caractéristique. Cette malade est hospitalisée pour un syndrome douloureux abdominal évoluant depuis 3 ans. Biologiquement, les tests hépatiques sont perturbés. L'amylasémie atteint 1000 US.

Radiologiquement, le transit gastro-duodénal visualise un rabotage du bord interne du 2ème duodénum.

La vésicule n'est pas opacifiée, le cholédoque présente un rétrecissement à sa partie basse.

L'étiologie du retrecissement cholédocien est attribuée à une pancréatite scléreuse associée à une oddite. Ce diagnostic est confirmé par l'intervention chirurgicale.

Enfin dans l'observation n°11, B. Belkacem, âgé de 20 ans, est hospitalisé pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit à irradiations postérieures et épigastriques ; la note pancréatique soupçonnée cliniquement à cause de l'existence d'une contracture abdominale, se traduit biologiquement par l'élévation de l'amylasémie à 2780 US.

L'atteinte pancréatique est anatomiquement différente dans les 4 cas. En effet, il s'agit d'une pancréatite d'accompagnement dans le premier cas. Dans le deuxième et le quatrième cas, il s'agit d'une pancréatite oedémateuse ; dans le troisième cas, il s'agit d'une pancréatite scléreuse.

Conclusion :

Nous voyons la fréquence relativement levée de l'atteinte pancréatique au cours de la lithiase biliaire du sujet jeune, atteinte relevée dans 13,7% des cas de notre série.

L'hypertension dans les voies biliaires au dessus d'un obstacle semble bien être l'un des facteurs déterminant de cette atteinte

.../...

Du point de vue anatomique, 3 formes ont été retrouvées : Pancréatite scléreuse, pancréatite oedémateuse, pancréatite d'accompagnement.

Du point de vue évolutif, insistons sur la rapidité de constitution de ces pancréatites dont l'apparition a été le plus souvent brutale, en quelques jours.

L'association du traitement médical antienzymes, à l'acte chirurgical a considérablement amélioré le pronostic.

Ce dernier a été bon chez nos malades, mais les conséquences lointaines de l'association morbide, pancréatite lithiase, ne peuvent être appréciées du fait de l'absence d'un recul suffisant.

C - ASPECTS ETIOPATHOGENIQUES

Les aspects étiopathogéniques peuvent être envisagés selon le plan suivant :

- répartition selon l'âge et le sexe,
- facteurs favorisant : grossesse et habitudes diététiques
- malformations des voies biliaires .

1 - répartition selon l'âge :

En se reportant aux tableaux récapitulatifs des observations cliniques on remarque la rareté relative de l'affection au dessous de 15 ans (13,7% des cas), le maximum des cas se situe entre 15 et 20 ans (62% des cas).

2 - répartition selon le sexe :

La prédominance féminine est évidente (93,2% des cas)

3 - la grossesse :

Le rôle déclenchant de la gravidité, tout au moins en ce qui concerne la migration des calculs, semble bien démontré par l'observation n°26. En effet, le début des crises survient 2 mois après l'accouchement de la patiente.

La multiparité semble également favoriser l'apparition de la lithiase, puisque 2 de nos 3 malades sont mères

/

de plusieurs enfants : B. Khadra (Observation n°19) : 2 enfants
A.S. Malika (Observation n°29) : 4 enfants

4) les habitudes diététiques :

Il faut signaler les habitudes particulières à nos contrées quant à l'alimentation. En effet les repas riches en graisses sont la règle. Enfin à ce régime hyperlipidique s'ajoute fréquemment la carence en vitamines. L'association de ces deux facteurs joue probablement un rôle non négligeable dans le déterminisme de la lithogénèse. Une enquête physiopathologique précise dans ce domaine serait souhaitable.

5) Les malformations des voies biliaires.

La fréquence notable des malformations de l'arbre biliaire découvertes lors de l'intervention, nous a amené à les regrouper dans un chapitre particulier.

Il est intéressant de signaler, malgré l'absence de l'examen anatomo-pathologique que dans 2 cas, on pouvait soupçonner avec une forte présomption une malformation congénitale des voies biliaires à la macroscopie.

Dans l'observation n°7 : on relève sur le protocole opératoire :

- une atypie artérielle avec division précoce de l'artère hépatique,
- un canal cystique très long qui précroise le canal hépatique,
- une vésicule renfermant un calcul solitaire; le bord inferieur de cette dernière se projette au dessous de la crête iliaque sur la radiographie.

Dans l'observation n°18 : on peut également relever la coexistence d'une atypie artérielle (l'artère cystique naît de la branche droite de l'artère hépatique et précroise le canal cholédoque), et d'une étroitesse de l'infundibulum cystique.

.../...

5 fois nous avons noté une anomalie isolée du canal cystique :
Dans l'observation n°1 - S. Fatima, âgée de 4 ans, le canal cystique est spiralé et imperméable au cathéter ;
Dans l'observation n°14 - S. Nebiha, âgée de 18 ans, le canal cystique s'abbouche en sifflet au cholédoque.
Dans l'observation n°24 - A. Karima, âgée de 19 ans, le cystique de très gros calibre s'abbouche en canon de fusil au cholédoque.
On note encore dans l'observation n°21 l'étroitesse du calibre du cystique.
Dans l'observation n°23, on peut relever l'imperméabilité du canal cystique au cathéter.
Dans 3 cas, il s'agit d'une anomalie vésiculaire :
- Observation n°13 : forme très effilée et recourbée de la vésicule;
- Observation n°28 : obstruction du col vésiculaire.

Il convient d'insister sur l'importance de l'examen anatomo-pathologique pour la recherche précise des anomalies congénitales ou acquises des voies biliaires. Cet examen devrait être systématiquement pratiqué après toute intervention chirurgicale sur les voies biliaires, comportant une cholécystectomie.
Les protocoles opératoires, parfois hâtivement rédigés, ne peuvent constituer un document scientifique suffisant, si des photographies, à défaut de l'examen histologique, ne viennent pas les compléter, même lorsque les anomalies sont évidentes.

D - ASPECTS EVOLUTIFS

Il est particulièrement remarquable de constater combien la lithiase biliaire classiquement rare et peu grave chez le sujet jeune, peut revêtir, en Algérie, un aspect évolutif marqué.

.../...

Cette évolution rapide se fait en moins d'un an, le plus souvent par des lésions anatomiques irréversibles, où l'acte chirurgical s'avère indispensable, voire en urgence, dans des conditions alors plus défavorables. On ne saurait trop insister sur la fréquence des complications graves, en particulier au niveau de la voie biliaire principale ;

Néanmoins le pronostic chez nos malades a été bon puisque la mortalité est nulle, et la morbidité négligeable :

En effet, la plupart des malades examinés un an après l'intervention, ne présentaient pas de troubles.

Dans un cas, des douleurs épigastriques, dont l'étiologie n'a pas été précisée ont été relevées un an après l'intervention (Observation n°21).

Chez un autre patient (Observation n°6) la cholangiographie de contrôle montrait 3 ans plus tard, une récidive de lithiase après cholécystendès, bien que la malade ne se plaigne d'aucun trouble.

Nous devons reconnaître que nous n'avons pu réexaminer une partie de nos malades que nous avons perdus de vue après l'intervention chirurgicale.

E - DIAGNOSTIC

Au terme de cette étude clinique, l'étude du diagnostic positif, au cours des lithiases biliaires chez l'enfant et l'adolescent, nous permet de tirer une conclusion rassurante : le diagnostic n'a posé de réels problèmes que dans un nombre restreint de cas.

En effet, soupçonné fortement lors de manifestations symptomatologiques peu différentes de celles de l'adulte dans la majorité des cas, il a été posé avec une forte présomption et parfois même avec certitude, sur le vu de l'examen radiologique qui a objectivé : soit l'absence d'opacification des voies biliaires soit la présence de calculs au niveau de la vésicule voire même de la voie biliaire principale.

.../...

Dans d'autres cas, l'ictère, avec ses signes d'accompagnement et son contexte biologique, a orienté vers la sphère hépato-biliaire, tandis que l'atteinte pancréatique a été essentiellement prouvée par l'élévation de l'amylasémie.

Néanmoins certaines observation relèvent la difficulté diagnostique : il convient de revenir sur les formes trompeuses signalées au chapitre traitant de la symptomatologie (Observation n°18 où l'on relève une note occlusive, observations n°1 et 14 dans lesquelles la diarrhée pouvait égarer le diagnostic).

Mais celui-ci se heurte à une bien plus grande difficulté lorsqu'il s'agit de malades hospitalisés et traités en urgence pour syndrome appendiculaire.

En effet, il est difficile de penser que, sous cette symptomatologie trompeuse, évolue une lithiase biliaire, d'autant plus que l'intervention chirurgicale ne peut souffrir de retard lorsqu'on soupçonne une appendicite aiguë.

Dans 2 cas, nous avons assisté à de telles formes, le diagnostic n'a alors été posé que lors de l'intervention. C'est au Chirurgien que revient le mérite de rechercher systématiquement une atteinte des voies biliaires lorsqu'à l'intervention, il découvre un appendice macroscopiquement sain. Comme nous l'avons vu, les syndromes ictériques ne nous ont pas posé de problème de diagnostic différentiel entre la lithiase biliaire et l'hépatite à virus qui sévit pourtant fréquemment dans nos contrées.

Conclusion :

Le problème n'est pas seulement de poser le diagnostic de lithiase biliaire encore faudrait-il le poser assez tôt pour ne pas laisser évoluer l'affection vers une complication grave où l'intervention pratiquée en urgence sur un malade dont l'état général est moins bon, exposerait à des risques non négligeables.

.../...

F. ASPECTS THERAPEUTIQUES

Aucun traitement médical n'a permis une regression clinique satisfaisante, donc seul le traitement chirurgical pouvait être envisagé chez ces malades.

1. Lithiase vésiculaire simple :

La seule attitude thérapeutique valable vis à vis de la lithiase vésiculaire simple est la cholécystectomie. Lors de l'intervention, il est nécessaire d'explorer systématiquement la voie biliaire principale étant donné la fréquence des complications touchant celle ci.

Une cholécystendèse a été tentée (Observation n°6 - chez M. Lahouari). La vésicule avait des parois saines et contenait un gros calcul isolé ; le cystique était perméable, de plus il existait un bon passage cholédoduodénal.

3 ans plus tard le sujet ne présente aucun trouble mais la cholangiographie de contrôle objective une récidive de la lithiase sur une vésicule coudée en hameçon nécessitant une nouvelle intervention, avec cholécystectomie. Dans ces indications les plus parfaites, la cholécystendèse se trouve donc en défaut et doit être déconseillée.

2. Traitement des formes compliquées :

a) traitement de la cholécystite aiguë :

Dans la majorité des cas nous avons pratiqué l'intervention dans les 8 premiers jours : elle comportait une cholécystectomie avec vérification de la voie biliaire principale. Chez nos malades, les lésions étaient oedématenses, de dissection facile. Les adhérences péricholécystiques favorisées habituellement par les multiples traitements antibiotiques rendant difficile la dissection, n'ont pas été rencontrées.

b) la distension vésiculaire :

La distension vésiculaire doit également être traité précocément. Elle nécessite toujours une exploration instrumentale et radiologique des voies biliaires, car on ne peut éliminer la possibilité de l'enclavement d'un calcul au niveau du canal cystique.

Dans notre série de cas, l'intervention a toujours été pratiquée dès le premier jour en raison du tableau clinique d'urgence qu'entraîne la dissension vésiculaire. Là encore nous avons procédé à la cholécystectomie ; dans un seul cas la ponction isolée a été pratiquée à tort (Observation n°4).

c) l'atteinte de la voie biliaire principale :

En dehors de la cholécystectomie qui était pratiquée systématiquement, la lithiase cholédocienne nécessitait l'extraction des calculs par cholédocotomie. Nous avons toujours fait suivre cette intervention par une radiomanométrie de contrôle qui a parfois permis d'objectiver l'atteinte oddienne. Cette dernière a été traitée par sphinctérotomie et sphinctéroplastie. Les suites opératoires ont généralement été simples.

d) l'atteinte pancréatique :

La possibilité d'une atteinte pancréatique associée à la lithiase biliaire montre plus que jamais la nécessité d'une intervention chirurgicale sur les voies biliaires, au cours de lithiases chez l'enfant et l'adolescent. Un traitement préopératoire par les antienzymes s'avère toujours nécessaire.

Après cholécystectomie et exploration de la voie biliaire principale, dans un cas de pancréatite chronique (Observation n°3), une sphinctérotomie avec sphinctéroplastie a couvert d'un traitement antienzymes, a pu être réalisée sur l'atteinte oddienne associée, avec un excellent résultat postopératoire.

De même que chez l'adulte, le jeune lithiasique n'est pas à l'abris d'une atteinte du pancréas de façon précoce après le début de la maladie.

Ceci doit rendre plus rapide encore la décision de traiter chirurgicalement la lithiase, puisque dans notre Observation n°3, c'est seulement 3 ans après le début des troubles que la pancréatite chronique est vérifiée.

.../...

Aucun geste purement pancréatique n'a cependant été nécessaire. Traitées tôt, ces formes ont regressé complètement.

Ceci représente un élément de valeur dans une affection où la chronicité est bien souvent la règle.

Conclusion :

L'intervention chirurgicale semble de loin la meilleure solution pour éviter les complications au cours des lithiases biliaires chez l'enfant et l'adolescent.

L'intervention doit être précoce, pour éviter les difficultés de dissection. La cholécystectomie a toujours été pratiquée, elle a été suivie d'une vérification de la voie biliaire principale ; les malades réexaminés un an après l'intervention ne présentaient pas de troubles ; chez de tels malades en bon état général, ayant des tissus anatomiquement sains, les suites opératoires ont été satisfaisantes.

*

* *

ETUDE COMPARATIVE DES OBSERVATIONS CLINIQUES

PAR REFERENCE

AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

- o O o O o -

Un certain nombre de faits cliniques peuvent émaner de nos conclusions, en les comparant aux cas cliniques d'observations hors de nos contrées ; nous suivrons le même plan que dans l'étude synthétique de nos observations.

A - Symptomatologie clinique :

Du point de vue de la symptomatologie clinique, nos observations rejoignent celles de Potter, Zetterstrom et Soderlund. En effet, si l'enfant localise mal la douleur, on peut le plus souvent la situer dans la région sous-costale droite, par une palpation soigneuse.

Chez le grand enfant au contraire, nous n'avons eu aucune peine à localiser cette douleur dans la région vésiculaire.

Les douleurs de la fosse iliaque droite sont notées dans 2 cas, à l'instar des observations de BARCAT, BOISSIERES et Collaborateurs et posent, comme nous l'avons vu, un réel problème de diagnostic différentiel avec les syndromes appendiculaires.

Dans aucune de nos observations, nous n'avons retrouvé les douleurs de l'hypocondre gauche estimées à 10% des cas par CAROLI et Collaborateurs. La douleur évolue dans un contexte lithiasique que l'on peut retrouver par l'interrogatoire des malades ou de leurs parents. Cette notion rejoint celles énoncées par MOUCHET et Collaborateurs.

L'examen clinique précise le syndrome lithiasique :

- prédominance des signes dans la région sous-costale droite,
- possibilité de déterminer parfois dans sa localisation la douleur propre éprouvée par le sujet, lorsque la douleur est atypique. Cette dernière constatation, affirmée par CAROLI et Collaborateurs se retrouve dans un de nos cas (Obs. n°7).

La perception de la vésicule distendue est un signe majeur mais ce signe est malheureusement difficile à mettre en évidence, en raison de la douleur qui gêne l'examen palpatoire.

.../...

B. Aspects anatomoclinig es :

1 - la lithiase vésiculaire simple n'est pas la plus fréquente (7 cas : soit 24,1%).

2 - l'atteinte vésiculaire (inflammation et distension) représente à elle seule plus de 50% des cas.

3 - l'atteinte de la voie biliaire principale associée à la lithiase vésiculaire n'est pas rare : 8 cas soit 27,5% des cas.

A ce propos on doit signaler les differentes variétés de cette atteinte :

- lithiase cholédocienne et vésiculaire anictérique
- ictère par compression vésiculaire associée à une pancréatite,
- atteinte oddienne par lithiase migratrice.

Dans aucun de nos cas elle n'a été latente comme le signale Babbitt, de découverte radiologique.

4) l'atteinte pancréatique relevée par Barcat, Boissières et Collaborateurs, a été retrouvée dans 13,7% des cas.

C. Aspects étiopathogéniques :

Du point de vue de l'étiopathogénie un fait important est à signaler : dans aucune de nos observations, nous n'avons relevé de lithiase pigmentaire pourtant classiquement fréquente dans les pays méditerranéens. Sa fréquence est estimée à 5 à 70% des cas d'anémie hémolytique par différents auteurs cités par Mouchet et Collaborateurs.

Par contre, nos observations permettent de relever dans 9 cas des anomalies congénitales ou acquises des voies biliaires.

La fréquence de ces malformations est importante et ce fait est souligné par Forshall et Rickam ; 3 de leurs 6 cas sont porteurs d'une sténose du canal cystique "dans les 3 cas où l'examen histologique a été pratiqué". Cette même étude histologique a permis à Moziconacci de mettre en évidence une cervicocystite.

.../...

Plus que le reste des malformations, les atteintes du canal cystique nous semblent jouer un rôle important dans le déterminisme de la lithogénèse biliaire. Enfin, nous devons encore signaler le fait que nous n'avons pas colligé les observations de cholécystites septicémiques ou parasitaires non lithiasiques qui ne nous semblent pas faire partie du cadre nosologique de notre étude.

D. - Diagnostic positif :

Quoiqu'il en soit, le fait essentiel devant tout syndrome douloureux de l'hypocondre droit, est de demander le secours de la radiologie des voies biliaires. De nombreux auteurs parmi lesquels Morales, Mouchet, Mozziconacci insistent bien sur ce fait.

Les examens de laboratoire nous ont parfois fourni d'utiles renseignements, non pour poser le diagnostic, mais au contraire, pour soupçonner une atteinte associée de la voie biliaire principale ou du pancréas.

Notamment, l'amylasémie a permis de guider le traitement anti-enzymes au cours de l'atteinte pancréatique, traitement auquel nous devons nos bons résultats postopératoires.

Diagnostic différentiel :

Comme nous l'avons vu, le diagnostic différentiel ne s'est posé pour nous que devant l'existence de douleurs de la fosse iliaque droite.

La difficulté diagnostique réside dans le fait de l'urgence de l'intervention comme nous le retrouvons dans les observations de Barcat et Collaborateurs.

C'est pourquoi tout appendice sain devrait faire rechercher et vérifier l'état des voies biliaires lors de l'intervention, encore que l'association cholécystite et appendicite soit notée dans 37% des cas de ULIN.

.../...

Un transit gastro-duodénal pourrait être pratiqué sans hésitation devant un syndrome douloureux épigastrique, de façon à éliminer une atteinte gastro-duodénale.

Des paroxysmes douloureux peuvent orienter vers une invagination intestinale aiguë chez le jeune enfant, d'autant qu'une note occlusive accompagne fréquemment le syndrome douloureux lors de l'atteinte lithiasique.

Conclusion :

Le diagnostic positif repose sur l'examen clinique, mais surtout sur l'examen radiologique.

La difficulté diagnostique ne survient généralement que lorsque la lithiase revêt l'aspect d'un syndrome appendiculaire, d'autant plus que dans ce cas l'examen radiologique fait défaut.

F. Eléments de comparaison thérapeutique :

1. les méthodes :

les méthodes thérapeutiques sont actuellement bien codifiées

a) la méthode médicale :

la méthode médicale comprend : (Barcat et Collaborateurs)

* repos, diète, glace sur la région douloureuse, régime,
* certains auteurs (Zeldich), préconisent le tubage duodénal chaque fois qu'il est possible de l'utiliser.

La méthode médicale est fondée sur la fréquence d'une infection générale lors des cholécystites.

Il est précisé que cette méthode doit rapidement faire preuve de son efficacité. Nous pensons qu'elle ne peut être qu'un traitement d'attente avant le traitement chirurgical, car les cholécystites lithiasiques seules envisagées ici peuvent rapidement se compliquer de manière imprévisible.

- La ponction totale de la vésicule :

Un autre procédé préconisé par Fèvre, consiste en la ponction totale de la vésicule biliaire. Ce procédé indiqué dans les distensions mécaniques pures de la vésicule, ne doit pas être envisagé car il méconnait les petites précipitations et la cause de la distension. Un micro calcul enclavé dans le canal cystique

.../...

ne sera découvert dans la majorité des cas que lors des interventions emportant l'ablation de la vésicule biliaire.

La cholécystostomie offre de nombreux avantages :

- simplicité chez un enfant fatigué,
- ablation des calculs
- conservation d'un reservoir à parois intactes, capable de récupérer une fonction normale notamment lors de la lithiase d'origine.

Elle a par contre de nombreux inconvénients :

- outre la récidive lithiasique possible nécessitant une cholécystectomie secondaire, elle peut être à l'origine d'une fistule biliaire externe et sa vidange est fréquemment défectueuse.

Ces inconvénients nous ont fait opter dans la majorité des cas pour la cholécystectomie.

La cholécystectomie :

Cette méthode est fréquemment aisée, car elle est pratiquée sur des tissus le plus souvent sains, sur des malades jeunes dont la résistance est meilleure et les tares viscérales rares.

Elle permet une exploration complète de la voie biliaire principale, et surtout elle supprime la lésion, et prévient la récidive.

D'autre part les bons résultats publiés par Glenn, Dumas, Jones, sont étayés par ceux plus récents de Moralès (40 cas). Si elle peut paraître une mutilation excessive dans certains cas, il est sans doute plus délicat de réintervenir pour une récidive, comme ce fut le cas dans notre observation n°6, car les tissus étaient alors adhérents.

La cholédocotomie :

La cholédocotomie peut s'imposer en cas de lithiase cholédocienne associée ou dominante (Mouchet).

Les résultats obtenus chez nos malades sont satisfaisants.

.../...

La duodénotomie et sphinctérotomie :

La duodénotomie et sphinctérotomie s'avèrent nécessaires lorsque l'atteinte oddienne, ou des calculs au niveau du bas cholédoque sont mis en évidence lors de la vérification de la voie biliaire principale.

2) Les indications thérapeutiques :

Les indications thérapeutiques sont dictées par la forme évolutive de la lithiase et son étiologie.

- On ne discutera pas les indications :

a) au cours des formes ictériques sévères nécessitant une intervention d'urgence.

b) au cours des découvertes peropératoires.

- On peut par contre choisir le moment de l'intervention, lorsqu'il s'agit de formes moyennes : le choix du procédé s'oriente actuellement vers la cholécystectomie. Celle ci devrait être pratiquée dès le diagnostic posé. "C'est le moyen le plus sûr pour obtenir une guérison définitive". (Barcat et Collaborateurs).

La cholécystostomie devrait être réservée aux lithiases pigmentaires, lorsque la vésicule et les parois des voies biliaires sont saines, et aux cas où l'atteinte sévère de l'état général ne permet pas une intervention de longue durée.

Dans les formes pseudoappendiculaires, c'est au Chirurgien qu'il appartient de vérifier l'état des voies biliaires lorsque l'appendice est sain ou hyperhémié.

*

* *

- CONCLUSIONS -

- o O o O o O o -

Au cours de notre travail, nous avons étudié 29 cas de lithiase biliaire de l'enfant et de l'adolescent. Nos observations proviennent essentiellement du Centre Hospitalier et Universitaire d'ORAN et plus précisément des services chirurgicaux d'adultes vers lesquels ces malades sont habituellement dirigés sitôt l'affection reconnue.

Cette étude nous a permis de préciser les aspects que prend la lithiase biliaire chez le jeune dans notre pays.

Le diagnostic de cette affection n'a posé de réels problèmes que dans un nombre restreint de cas. En effet, soupçonné fortement lors de manifestations symptomatologiques peu différentes de celles de l'adulte, il a été posé sur le vu de l'examen radiologique qui a objectivé, soit l'absence d'opacification des voies biliaires, soit la présence de calcul au niveau de la vésicule, voire même dans la voie biliaire principale.

La difficulté diagnostique n'apparait que dans les formes trompeuses en particulier, dans les formes pseudo-appendiculaires d'autant qu'il s'agit de malades qui ont été hospitalisés et opérés en urgence alors que va manquer cet examen capital que représente la radiographie des voies biliaires. Dans ce cas, l'erreur ne peut être corrigée que devant l'in-

.../...

tégrité de l'appendice, et c'est au Chirurgien qu'il apparti nt alors de vérifier l'état des voies biliaires.

Du point de vue de l'évolution, nous avons chaque fois été frappés par la rapidité évolutive de l'affection, puisque 27 cas sur 29 ont nécessité une intervention chirurgicale dans l'année qui a s ivi les premier symptômes.

Durant cette évolution, les complications sont loin d'être rares. En effet, l'aspect de la lithiase vésiculaire simple n'est pas le cas le plus fréquemment rencontré. Ainsi, la cholécystite est retrouvé dans 38% des cas, la distension vésiculaire dans 14% des cas, l'atteinte de la voie biliaire principale dans 25,7% des cas et l'atteinte pancréatique dans 14% des cas.

En ce qui concerne l'étiopathogénie plusieurs faits sont à souli ner :

- la classique prédominance féminine est retrouvée dans nos observations,

- l'atteinte lithiasique rare avant 15 ans, est bien plus fréquente entre 15 et 21 ans,

- nous devons mentionner l'absence de la lithiase d'organisme dans les cas de notre séri , en particulier de la lithiase pigmentaire survenant au cours des anémies hémolytiques classique ent pourtant fréque tes dans le bassin méditerranéen.

.../...

- Par contre la fréquence des anomalies congénitales ou acquises des voies biliaires chez l'enfant et l'adolescent est particulièrement remarquable, et devrait conduire à un examen anatomo-pathologique systématique des vésicules et du moignon cystique. Cette condition n'a malheureusement pas été remplie dans notre travail et ne nous permet pas de conclure avec précision ce chapitre.

Du point de vue de la thérapeutique, la fréquence des complications impose d'intervenir tôt et dans les meilleures conditions instrumentales possibles.

La cholecystectomie devrait être toujours pratiquée en présence d'une lithiase biliaire, les autres interventions à minima exposant à plus ou moins longue échéance à une récidive, ou à des complications nécessitant un deuxième acte opératoire, dans des conditions souvent plus défavorables.

Cette intervention devra toujours comporter une exploration systématique de la voie biliaire principale, manuelle, instrumentale et radiologique, qui permettra de traiter dans le même temps les éventuelles complications associées.

*

* *

- B I B L I O G R A P H I E -

1. M. ABOULOLA. VEDRENNE, R.BOUAYAD, M.BEKKAT et Mme BOUHADEF.
à propos de la lithiase vésiculaire de l'enfant.
Journées Maghrébines, Alger, Avril 1968.

2. ALEMAN E, RODRIGUEZ, BAZ et MARGOLLES, A.
Colelithiasis in nino de 11 anos.

3. REVISTA CUBANA DE PEDIATRIA.
La Habana, 1962, 34, n°5, sept. oct., pp 3-13.

4. AHRENS W.E. - 1957 a- Cholelithiasis and cholecystitis in Infancy and childhood. A review - clin.Proc.Child.Hosp. Washington, 1957 a- 13, 85.

5. ARNSPIGER I.A. MARTIN J.G., KREM PIN.
Acute non calculosus cholecystitis in children, report of a case in seventeen day infant. Amer.J.surg 1960,100,103.

6. BABBITT D.P. - Les calculs biliaires chez l'enfant.
Am. J. Dis. child., Juil 1956, 92, n°1, 5-8.

7. BADER J.P. - Ictères chez l'enfant.-E.M.C., Pédiatrie fasc. 4060 B20 1-1962.

8. BARCAT. BOISSIERES, AUBERT (J.e) et GATELMAND (R).
Les cholecystites chez l'enfant. Presse médicale,1959, 67, 645-648.

9. BAGGIO. G.
Cholecystitesphlegmoneuses à Para B chez un enfant. La cholecystite aiguë de l'enfance. Boltinoe memorie della societa tosca umbra di CIRURGICA. 1949,n°10, Fasc.5,p 416,423.

10. BEAU. A., PREVOT. J., MANCIAUX. M.
1 cas de lithiase biliaire à symptomatologie atypique chez une enfant de 14 ans. Revue méd.NANCY 1961,Août-sept.86,785

11. BERNAGNEAU. J. - Contribution à l'étude de la lithiase biliaire chez l'enfant. Thèse Paris,1962,n°1137,64 pages.

.../...

. BOGATGO F.M., MEHLMAN.
Cholecystitis and cholelithiasis in a congenital diverticulum of the gallbedder in a three year old boy. J. of Pediatry. 1947, 31, 75.

. BOOKER. L. Cholécystite chronique et cholélithiase chez une enfant de 2 mois 1/2. J. of Pediatrics, 1952, 667.

. BOUREAU. M. et BOUIR ACH. M.
A propos de la lithiase cholédocienne de l'enfant.
Ann, chir. infant., déc 1965, 6, n°4, 339, 343.

. BROWN M.W. ET KIMENES J.O.
Cholélithiases et cholécystites chez l'enfant. Rapport des observations de deux soeurs et revue de la litterature.
Internat. Surg., Juin 1968, 49, n°6, 544-560.

. BRUNEAU. J. et POULIOT. P.E.
Atrésie congénitale des voies biliaires, cholélithiase et maladie fibrokystique du pancréas.

. SAGUENAY MEDICAL.
Chicontrini, 1953, 10, n°2, Juin pp 62-69.

. BRUNIER. R. GARODY. J.P. KANDIL. FLAHAUT.
Contribution à l'étude de la lithiase biliaire du jeune.
Journées Maghrébines, Casablanca, Avril 1968.

. CAROLI.J., CACHERA.R., BOLGENT. M.
Maladies du foie, voies biliaires et du pancréas,
FLAMMARION ed. Paris, 1951.

. CHAUMERLAC Mme.
Sur la lithiase biliaire des jeunes sujets. A propos de deux observations personnelles.
ARCH. FRANC. MAL. app. dig., juillet-août 1966, 55, n°7-8,714-715.

. CLIRAY. M. DEBRAY. Ch. et DELAITRE. P.
La lithiase biliaire des jeunes.
Acta GASTRO-ENTEROL. BELG. Fév.1950, 13, n°2, 89-99.

.../...

. CLAVEL. Ch.

Deux cas de cholécystite calculeuse chez l'enfant.
Lyon Méd., juil-août 1946, 41, n°4, 411-429.

. COIFFIER. P.

Contribution à l'étude de la cholécystite lithiasique aiguë chez l'enfant. Thèse Paris, 1947, n°638, 42 pages.

. COLE W.M. NOVAK M.V. HUGUES E.O.

Experimental production of chronic cholecystitis by obstructive lesions of the cystic ducts. Ann. Surg. 1941, 114, 582.

. COLVER H.D.

Perforation of the biliary tract duct to gallstones in infancy . an established clinical entity.
Ann. of surgery, Philadelfia, 1964, 160, n°2, August, pp 226-231.

. COVILLE. F. Melle.

La lithiase biliaire et l'enfance. Thèse Bordeaux 1954, n°41,37 .

. DAINKO. E.A. et al.

Cholelithiasis in a child with a sickle cell anemia case report and review. Archives of surgery, chicago, 1963, 86,n°2, Feb203-208.

. DAMENBERB. A. BARCLAY A.R.

Gallbladder disease in a seven and one half year old boy.
Amer. Dis, child. 1954, 88, 350.

. DAMID. L. et A.PINEL.R.

A propos d'un cas de cholécystite aiguë lithiasique de l'enfance.
Mem. Acad. chir, 8/15 Mars 1950, 76, n°10-11, 351-356.

. DE TAN.A.

La lithiase biliaire dans l'ictère hémolytique congénital.
Praxis BERN, 1961, n°22, 568-570, Juni.

. DE GROOTE.

Distension aiguë de la vésicule chez l'enfant, leur place parmi les dystonies cervicocystiques. Annales univ. Inf.185,194,sept.62.

.../...

2. DE ROSE DE ALVES J.B. ET LINO TEIRA G.
Lithiases des voies biliaires externes chez le nourrisson.
Hospital, sept 1963, 64, n°3, 649-634.

3. DES ROSIERS L. CH. ET MALGRAS P.
Lithiase biliaire chez un enfant.
Arch. franç. Ped. 1960, n°4, 531-533.

4. DIETRICH K.F.
Les calculs biliaires chez l'enfant.
Méd. Klin. 20 Avril 1962, 57, n°16, 665-669

5. DIEZ. A.B.
Cholécystite calculeuse chez une fillette de 11 ans.
Sem. Méd. 5 Janvier 1939, 46, n°2, 37-39.

6. DIXON C. et HOWARD O.W.
Familial predisposition of cholelithiasis.
Surg. clin. N.A., août 1952, 1177-1180.

7. DUBARRY J. J. ACCIE. Y. BERNARD. J.P. et LASCARAY. M.
La lithiase biliaire chez le jeune. Rein et foie,1964,n°6,99-114

8. DUMAS.
La cholécystite calculeuse aiguë chez l'enfant. Thèse Lyon 43-44

9. EDINGTON.G.M. -1930-.
After history of case of gall stones in young subject Brit.
Méd. J. 1, 782.

0. FAVRE R.
A propos de la lithiase biliaire de l'enfant et de l'adolescent
Nem. Acad. chir. 1964, 90, n°4-5-6-7, 200-201.

1. FEVRE M. BOCAGE P et GAY. B.
Un cas de calcul du cholédoque chez l'enfant.
Arch.Franç de Pédiatrie Paris 1963. 20,n°6,Juin-juillet,751-754.

2. FLANNERY M.G. and GOSTER M.D.
Congenital abnormalities of Gallbladder : 101 cas.
Surg, Gyn and obst. Internat, Abst., Surg 103,439, 1956.

.../...

. FONTAN. POUYANNE.L. VERGER. LASSERRE et BOREL.
Lithiase sègmentaire hépatocholédocienne chez un enfant de 15 ans.
J. Med. BORDEAUX, Juil-1953, 130, n°7, 917, 919
Arch. Franç. Ped., 1953, 10, n°9, 994.

. FORSHALL. I. et RICKHAM. P.P.
La cholécystite et la cholélithiase chez l'enfant .
Brit. J. Surg., sept.1954,42,n°172, 161-164.

. FREUDE. D.
A propos de la c olélithiase chez l'enfant.
Zbl. chir. 1er fév. 195., 83,n°5, 225-229.

. FROSTBER. N.
Concretions dans la vésicule biliaire et dans le canal cholédoq e chez un enfant de 4 ans.
Fosts. chir. Geb. Röntgenstr., Août 1956,85,n°2,245-247.

. GEDEON.
Obstruction lithiasique aiguë chez un enfant de 12 ans.
Presse med. Paris 27 Juin 1958.

. GLE M. F. a d HILL. M.A.
Primary gallbladder disease in children. Ann.Surg 1954,139,302.

. GOLCMIK. A.
Lithiase du cholédoque chez un nourrisson de 6 semaines.
Polski Tygod.LcK. 23 Mars 195., 14,n°12,528-529.

. GRASSI. E. et GIUGIARO. A.
Calculose cholécystique chez l'enfant. Un cas chez une fillette de 10 ans.
Minerva chir. 30 Nov. 1966, 21, n°22, 1021-1027.

. GRIFFIN. G.J. SMITH. L.A.
Gall bladder disease in adolescents and young adults.
J. Amer, Med. Acts, 1954-154, 731.

.../...

2. GRIMOUL. H. et HECK R. J.C.
Kon krementе in kind liche gallenwegen. Kinderarzliche Praxis, Leipzig, 1963, 31, n°12, Dezemberg, 549-554.

3. GROSSE. C.
Contribution à l'étude de la lithiase du cholédoque de l'enfant. Thèse Paris, 1965, n°175, 26 pages.

4. MAGBERG. B. SVENNER HOLM.L. et THOREN.L.
Cholélithiase da s l'enfance. Etude avec référence spéciale à l'hérédité, les facteurs constitutionnels et les lipides sériques. Acta chir. Scand. Avril 1962, 123, n°4, 307-315.

5. HEIRINGMAN J.C. et AIKEN D.W.
Cholécystite et cholélithiase chez l'enfant.
Am. J. Surg. Juil. 1947, 74, n°1, 27-32.

6. HOLLENDER L. et SCH INGT. E.
Chol cystite calculeuse aiguë chez un jeune adolescent.
Strasbourg Med. Nov. 1953, 4, n°11, 597-600.

7. IANCU. A. and Al.
Observations cliniques et de laboratoire concernant les cholécystopathies chez les enfants.
In Pediatria, Bucuresti, 1961, 10, n°2, mars-avril, 115-123.

8. INGELRANS. P.
A propos de la lithiase biliaire chez l'enfant.
Mém. Acad. chir. 1964, 90, n°28-29, 857-

9. INGELRANS. P. et Coll.
La lithiase biliaire chez l'enfant.
Ann. chir. infant. Dec. 1962, 3, n°4, 267-274.

10. JAROWLOWSKY. L. et BLUMENFELD I.
Calculs de la vésicule biliaire chez une petite fille.
Sem. Med. 29 Dec. 1938, 45, n°52, 1506-1509.

.../...

4. JONES.
Maladies des voies biliaires dans l'enfance .
The lancet, 10 fev, 1961, 260.

2. JOYEUX. R. DOSSA. J. et POUS. J.G.
Cholécystite lithiasique d'apparence primitive chez un garçon de 7 ans.
Ann. Chir. juin 1964, 18, n°11-12, 669-670.

5. JUMON. H.
La pathologie biliaire chez l'enfant. (Dyskinésie et lithiase biliaire). Feuillet med. déc. 1964, 10 n°100.

4. KAPLAN. LAURENCE. G. et Coll.
Hydrocholécyste avec malformations du cystique et du cholédoque chez un enfant de 8 ans,
Arch. Franç. de Pédiatrie, 1959, 16, 373.

5. KIMTLEY. J.A. et HOLCOMB G.W.
Traitement chirurgical des affections de la vésicule chez l'enfant et l'adolescent.
Am. J. Surg. janv. 1966, 111, n°1, 39-46.

6. KREBS. H.
La pathogénie de la cholélithiase avec participation pancréatique chez les jeunes enfants.
Mschr. Kinderh. Juil. 1954. 102, n°7, 327-330.

7. KUHMAYER.
La cholécystite et la cholélithiase chez l'enfant.
Wiener Kliwische, Wochenschuft, 3 Juillet 1953, 553.

8. KUO. F.P. et LAI.HH.
Acute cholangitis with 38 pieces of gall stones on the common bile duct of a 8 year old boy.
Journal of formosan medical association.
TAI PEI, 1966, 65, n°9, sept 28, 491-496.

.../...

9. LANGERON P. et PREVOST A.G.
Lithiase de la vésicule biliaire chez une fille de 5 ans.
Mem. Acad. chir, 25 Avril 1956, 82, n°12 et 13, 390-393.

0. LAROINTE G.
La cholélithiase chez les jeunes.
LAVAL. Med, avril 1958, 25, n°4, 517-563.

1. LA IGNE. H.L.
La lithiase biliaire compliquée chez le jeune.
These Paris, 1952, 46 pages.

2. LAWLER. R.H. et Coll.
La lithiase biliaire chez l'enfant.
Am. J. Surg, avril 1951, 81, n°4, 421-423.

3. LIEGE et MUZAC.
Cholécystectomie pour lithiase biliaire chez une fille de 14 ans.
Arch. Franç. Pediat. 1951, 8, 98-99.

4. LIGHTWOOD. R. et BODIAN. M.
Archives of disease in childhood, 1946, 21, 209.

5. LINDEN KARL.
Calculs biliaires chez l'enfant.
Acta chir. scand. 31 Dec. 1943, 89, n°5, 446-452, 4.

6. LISC A. TEINTURIER et COSTA.
Empierrement du cholédoque chez l'enfant.
Maroc médical, casablanca, 1964, 43, n°469, juin 591-594.

7. LEVRAT. M. et Coll.
Considérations étiologiques sur la lithiase biliaire des jeunes sujets - 100 cas avant 25 ans -
Revue Lyonn. Médecine, Lyon 1963,12,n°11,15 Juin, 663-668.

8. MARTINELLI. G.L. et BERGAMASCHI. R.
Lithiase biliaire chez l'enfant.
Minerva ped., 22 sept 1967, 19, n°38, 1742-1746.

.../...

79. MELO. R. et CAMPO. D.

Cholécystites et cholélithiases chez les enfants et pendant la grossesse. Rev. chil. Pediat. 1955, 252.

80. MORALES. L. TABOADA. E. TOLEDO.

Cholecystitis cholelithiasis en el nino. 16 cas.
Revista chilena de Pediatrica, Santiago du Chili, 1961, 32, n°11, nov. 615-620.

81. MOUCHET A. MARQUA D. J. GARCIN. J.P. et GUIRACH. M.

Lithiase biliaire de l'enfant et de l'adolescent. A propos de 3 observations.
Mem., Acad. chir. 1964, 90, n°1-2-3, 55-61, 7.

82. MOZZICONACCI. P. et Coll.

Lithiase vésiculaire et malformation congénitale du canal cystique
Arch. Franç. Ped. mars 1966, 23, n°3, 368.

83. MOZZICONACCI. P. et Coll.

Lithiase vésiculaire et malformation congénitale du canal cystique
Ann.Ped. (suppl.sem.Hôp Paris) 2 Mai 1966,42,n°21/5,1312/p.344-1315.

84. MUZAC. L.

La lithiase biliaire chez l'enfant,
Thèse Paris, juil, 1951,n°849, 21 pages.

85. NATHORST. H.

Gallensteine bei kindern. Acta paediat UPPSALA 1939, 26,319.

86. PETRONIO. P. et COPPOLINO.S.

Cholélithiase chez l'adolescent.
Minerva Med. Giuliana, Avril-juin 1967,7,n°2, 129-130.

87. POTTER. A.M.

Gall bladder disease in young subjects.
Surg, gyn. obst 1928. 46, 795.

.../...

88. POTTER. A.H.
Affections biliaires chez les sujets jeunes.
Surg. Gyn. Obst. 1938, 66, 604.

89. PRATT, SAUER et GRAY.
Choledocolithiase à 16 ans, gastroentérology.
Baltimore, juin 1951, vol 18, n°2.

90. REVUE DU PRATICIEN 1964 - MOUCHET. A. MARQ AND. J. et Coll.
La lithiase biliaire chez l'enfant .
Rev. prat. 21 avril 1964, 14, n°12, 1593-1602,

91. REVUE DU PRATICIEN 1967.
Lithiase biliaire. Paris 1967,17,n°22,1er sept,3037-3156.

92. RIVARA LEONARDO. T. et Coll.
Lithiase biliaire chez l'enfant.
Sema. med. 9 Oct. 1941, 48, n°41, 870-875.

93. RIAZO.
La colecistite acuta litiasica nel bambino.
Revisione della litteratura e contributo clinico di un caso.
Aggiornamento Pediat. di Roma, 1959, 10, n°10, ottobre 691-704.

94. RODIONOV. G.A.
Cholélithiase chez un nourrisson.Pediatrica (Moscou) 1959,
n°10, 30-31.

95. ROTHNER. A.D. HENI KOFF. L.M. et CHRISTIAN. J.R.
Cholelithiasis in a child with a sickle cell anemia.
Clinical pediatrics philadelphie 1966, December 5, n°12,763-764.

96. RUDENSKAYA. I.N.
Association d'une anémie hémolytique et d'une angiocholite d'origine calculeuse. Pédiatria, Moscou, 1961, n°12, 31-33.

97. SADLINSKI. C. et JERENSKA. D.
Pancréatite aigue et cholécystite chez une petite fille de 11 ans
porteuse d'une lithiase vésiculaire.

.../...

98. SCOLARI. F.
La cholécystite calculeuse chez l'enfant.
Cirurgia italiana juillet 1948.

99. SEIDLER V.B. et BRAKELEY. E.
Cholelithiase chez l'enfant. J.A.M.A. mai 1950, 114, 2081-2085.

100. SEIDLER I.
Gall bladder disease in children.
Am. J. Dis. child, 1960, 99, 662.

101. SINRUCK. C.
Contribution à l'étude des cholécystites lithiasiques chez l'enfant. These Paris, 1964, n°798, 61 pages.

102. SNIDER S.E. et WINSLOW O.P. Jr.
Cholecystite et cholelithiase associées à une pancréatite chez l'enfant. J.A.M.A. 20 Oct. 1962, 182, n°3, 302-303.

103. SNYDER W.H. Jr. et Coll.
Lithiase biliaire et perforation vesiculaire chez un nourrisson. Guerison J.Am. Med. Ass. 30 août 1952, 149,n°18,1645-1646.

104. SOBEL IB.
Cholécystite et cholélithiase chez l'enfant,
Arch of ped. nov. 1938, LV, 669-681.

105. SODERLUND.D.J. et ZETTERSTROM. B.
Cholecystite et lithiase choledocienne chez l'enfant.
Arch. Dis. child, avril 1962, 37 n°192, 174-180.

106. SODERLUND [illegible]
Cholelithiases and cholecystitis in children.
Acta Pédiatrica Upsala. 1962, 51, n°1, January 114-115.

107. SORGE. D.V.
Cholecystite et lithiase du cholédoque chez l'enfant. Rapport de 4 cas. Pédiatrics, janv 1962, 29, n°1, 46-51.

108. STEFANI. M. et REVELIN. A.
Contribution à l'étude de la cholecystite calculeuse chez le nouveau-né.

109. SUMMERED J.M.
Cholelithiasis in the new born infant in association with congénital toxoplasm and hereditary elliptosis.
J. of. Pédiatrics, St-Louis, 1966, 69, n°2, August 292-294.

110. SWENSON O.
Gall bladder disease.
Pedia tric surg. 1958, 280.

111. ULIN. A.W., NOSAL. J. L. et MARTIN. W.L.
La cholécystite chez l'enfant. Relation d'un cas présentant des calculs de la voie biliaire principale.
J. Am. Med. Assoc., 8 Déc. 1951, 147, n°15, 1443-1444.

112. ULIN NOSAL. MARTIN.
Cholecystitis in childhood associated obstructive jaundice-
urgery, 1952, 31, 312.

113. URBANEK. J.
Cholelithiasis in childhood.
Cekoslovenka pediatric, Praha, 1961, 16, n°718, 634-638.

114. VAKIL B.J.
Calculs biliaires chez des sujets de moins de 30 ans.
Revue clinique, practitione, juil.1963, 191, n°11 1, 59-64.

115. VAN A. J. et GIRARD.
Un cas de lithiase biliaire. Chez un enfant de dix ans.
Arch. Mal. App. Digestif, juil-août,1958, 47, n°7-8, 845-847.

116. VEYRERAS. J.
Considération à propos de la lithiase biliaire chez l'enfant.
These Paris, 1963, n°181, 56 Pages.

117. WALKER. C.H.M.
Etiologie de la cholélithiase chez l'enfant.
Arch. Dis. child, août 1957, 32, n°164, 293-297.

118. WALKER. P.A.
Lithiase biliaire chez un garçon de 10 ans, simulant une apoplexie aiguë.
Brit. Med. J., 2 Juin 1951, 1242.

.../...

119. WALK R G.R. FIELD P. and CONEN P.E.
Cholelithiasis associated with congenital malformation of the cystic duct in a young child.
Brit. J. Surg. 1960, 48, 78.

120. WELLAUER. J.
La lithiase du cholédoque chez l'enfant.
Helvetica paed. acta, dec. 1949, 4, 462.

121. WHITAKER, J.A. et Coll.
Hereditaty spherocytosis associated with sickle trait and cholelithiasis.
Journal of pediatrics, St-Louis, 1963, 63, n°1, July 65-68.

122. WILENIUS. R.
Cholecystitis and cholelithiasis in childhood.
Ann, chir, gynec, Fenn, 1951, 40, 135.

123. WILLNOW. U.
Diathèse lithiasique chez l'enfant (rénale et biliaire)
Helvetica Poediatrica, Acta, Basel 1962, 17, n°6, 472-485.

124. YAO DJE C.
Problèmes posés par la lithiase des voies biliaires chez l'enfant à propos de 4 observations.
Thèse Paris, 1966, n°65, 45 pages.

125. ZELDICH, WURMANN et Coll.
Des cholécystites chez les enfants.
Revue française de pédiatrie 1936, 12, 351-369.

*

* *